

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

459

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 3 Juillet 1901, à 1 heure

PAR

Élie CHATEAU

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

*Cypridopathies
et Tuberculose*

PRÉSIDENT : M. FOURNIER, professeur.

JUGES. { MM. JOFFROY, professeur.
 { GAUCHER, } agrégés.
 { WURTZ, }

PARIS

ANC^{re} LIBRAIRIE G. CARRÉ ET C. NAUD

C. NAUD, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1901

459



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 3 Juillet 1901, à 1 heure

PAR

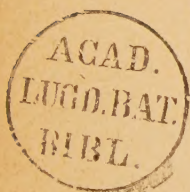
Élie CHATEAU

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

*Cypridopathies
et Tuberculose*

PRÉSIDENT : M. FOURNIER, professeur.

JUGES. { MM. JOFFROY, professeur.
 { GAUCHER, } agrégés.
 { WURTZ, }



PARIS

ANC^{te} LIBRAIRIE G. CARRÉ ET C. NAUD

C. NAUD, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ HUTINEL.
	{ BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale.	POUCHET.
Thérapeutique.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	CHANTEMESSE.
	{ JACCOUD.
Clinique médicale.	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	{ TERRIER.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchement.	{ BUDIN.
	{ PINARD.
Clinique gynécologique.	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEGUEU.	TEISSIER.
ACHARD.	DUPRE.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	FAURE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	GAUCHER.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	HEIM.	REMY.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Affectueux hommage.

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550226_0072

Tous les médecins qui s'occupent spécialement de « cypridopathie » (1) ont pu observer même assez fréquemment que certains malades présentent, à la suite d'une lésion vénérienne, le plus souvent chancre mou ou induré, des adénopathies inguinales qui, au lieu de suivre une marche normale, c'est-à-dire d'avoir une durée en rapport avec la lésion dont elles dépendent et qui leur a donné naissance, subissent au contraire une évolution absolument particulière, passent à l'état chronique, suppurent de longs mois si elles sont en rapport avec un chancre mou, restent longtemps dures et volumineuses si elles accompagnent un chancre induré, prennent en un mot un caractère spécial qui indique suffisamment qu'une influence secondaire s'est ajoutée à la première et a modifié la marche et l'évolution de la tumeur.

Si l'on ajoute que souvent, à partir de ce moment, l'état général des malades se modifie, quelquefois même profondément, que la nutrition peut être assez gravement troublée, qu'il y a souvent de l'anorexie et un amaigrissement considérable, troubles momentanés d'ail-

(1) Le terme de cypridopathie (de Κύπρις, Vénus, λόγος, discours), néologisme proposé par M. le Dr Queyrat, semble devoir être préféré à l'expression mal faite et hybride de vénéréologie ; les termes de cypridologie ou cypridopathie ont au contraire l'avantage d'être étymologiquement corrects et d'être euphoniques. (QUEYRAT. *Presse médicale*, 1899.)

leurs, si une intervention chirurgicale vient supprimer le ganglion malade, que, dans d'autres cas enfin, après l'amaigrissement rapide, la toux persistante, les sueurs nocturnes, on voit apparaître à l'auscultation des lésions pulmonaires évidentes, on est fatalement amené à voir un rapport entre la lésion vénérienne primitive et la tuberculose secondaire et l'on peut légitimement supposer qu'il y a entre les deux lésions relation de cause à effet.

Depuis longtemps déjà l'influence fâcheuse de la syphilis sur l'éclosion et la marche de la tuberculose est bien connue.

On n'ignore pas le mot de Spider que « l'adulte qui contracte la syphilis est un candidat à la phtisie ». Sans aller jusqu'à cette exagération qui est bien près d'être une erreur, tous les auteurs modernes, Ricord, Potain, Lancereaux, Fournier, admettent l'influence malheureuse de « la syphilis sur la tuberculose, qui n'agirait pas d'ailleurs, en tant que cause spécifique, mais en tant que cause dépressive banale (1) », en appauvrissant simplement l'organisme, en lui ôtant sa force de résistance.

Il n'y a pas, comme nous le verrons, que la syphilis qui ait sur la tuberculose cette influence défavorable ; toutes les maladies vénériennes, même les plus bénignes, sont susceptibles de donner « le coup de fouet à la tuberculose latente et ignorée jusque-là, en créant un lieu de moindre résistance qui deviendra le point de

(1) PATOIR. *Presse médicale*, 1901. Syphilis et tuberculose.

départ d'une lésion, susceptible quelquefois de se généraliser, le plus souvent au contraire de rester nettement localisée.

Telle est la conclusion à laquelle nous sommes arrivés après la série d'expérimentations que nous avons entreprises pour connaître la nature exacte de ces adénopathies qui, d'après leur évolution clinique, semblaient bien être de nature tuberculeuse, mais qui n'en restaient pas moins douteuses dans l'esprit d'un certain nombre de praticiens.

D'ailleurs, en 1898, M. Rebreyend, alors interne à l'hôpital Ricord, ayant extirpé un certain nombre de bubons à allure spéciale contre lesquels la thérapeutique habituelle était restée impuissante, fit examiner histologiquement des coupes faites dans ces ganglions. Il les croyait de nature simple et fut très étonné d'apprendre que, dans les six examens qui furent pratiqués, on trouva chaque fois des cellules géantes et même des bacilles de la tuberculose.

Ces observations, que nous citerons, sont d'autant plus concluantes que ces malades avaient été choisis parmi ceux chez lesquels on pouvait écarter de prime abord toute tare tuberculeuse.

Nous avons tenu à ajouter, en reprenant la question, le moyen de diagnostic par excellence en matière de tuberculose : l'inoculation aux cobayes.

Ayant donc recueilli un certain nombre d'observations d'adénopathies dont l'origine était nettement vénérienne, mais dont la marche ne semblait plus en rapport avec la lésion originelle, nous avons examiné le pus quand

l'adénite était fluctuante ; nous n'avons jamais obtenu ainsi de résultat positif ; nous inoculions à un cobaye une certaine quantité de ce pus ou de matière caséuse quand l'extirpation des ganglions a été pratiquée, nous avons obtenu de cette manière des résultats nettement positifs ; on trouvera plus loin quelques détails sur la technique que nous avons suivie.

Nous tenons à exprimer à M. le D^r QUEYRAT, médecin de l'hôpital Ricord, à qui revient la première idée de ce travail, notre reconnaissance pour les marques d'estime et de bienveillance qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant l'année d'externat que nous avons passée dans son service et qu'il nous a continuées par la suite. Qu'il veuille accepter l'assurance de notre profond attachement.

Les savants conseils de M. le D^r LABBÉ auprès duquel nous avons pris nos premières leçons de chirurgie sont de ceux qu'on n'oublie pas.

M. le D^r GOURAUD, médecin de l'hôpital de la Charité, nous a accueilli, lui aussi, avec une bienveillance dont nous aimons à nous souvenir.

Nous avons passé auprès de M. le D^r ROQUE, médecin de l'hôpital Bichat, deux années, la première comme stagiaire, et la seconde comme externe, dont le souvenir restera ineffaçable. C'est bien aux excellentes leçons de clinique et aux conseils pratiques qu'il nous a sans cesse prodigués que nous devons le meilleur de nous-même. Nous lui devons d'ailleurs tant de reconnaissance que nous ne pourrions le dire comme il conviendrait.

M. le P^r BERGER a bien voulu nous permettre d'accom-

plir dans son service notre dernière année d'externat. Lui, aussi, nous a donné tant de marques d'estime et de confiance que nous sommes heureux de lui exprimer publiquement notre gratitude.

M. le D^r REBREYEND a bien voulu nous permettre de publier six observations qu'il avait recueillies pendant son année d'internat à l'hôpital Ricord et d'emprunter largement à un article qu'il s'était proposé de publier à ce moment.

M. COTTU, interne à l'hôpital Ricord, a mis à notre disposition un grand nombre des malades de son service, et a facilité souvent notre tâche.

Qu'ils veuillent bien accepter tous les deux l'expression de notre très vive reconnaissance.

M. le P^r FOURNIER a bien voulu accepter la présidence de cette thèse; c'est un honneur dont nous le remercions profondément.

CHAPITRE I

Les adénopathies inguinales d'origine vénérienne portent le nom de bubons, du mot grec βουβων (aine), terme sous lequel les anciens comprenaient toutes les adénites inguinales. C'est en 1530 que Fallope décrivit spécialement l'adénite syphilitique et la même année Massa distingua les bubons suppurés des non suppurés, ces derniers seuls étant de nature syphilitique. Il faut arriver à Ricord pour trouver décrits trois espèces de bubons : les blennorrhagiques, les chancrelleux, les syphilitiques. Depuis on a distingué deux variétés : les bubons simples et les bubons virulents.

Par cette expression de bubons simples, on désigne ceux qui sont consécutifs soit à des lésions non spécifiques résultant de rapports sexuels, soit exceptionnellement à des lésions spécifiques dont la nature n'est pas virulente, mais seulement inflammatoire. C'est dans cette catégorie qu'on range le bubon dit autrefois « bubon d'emblée » et défini par Wharton : « Une inflammation des ganglions inguinaux se montrant après des rapports sexuels et indépendante en apparence de toute lésion des organes génitaux. »

Ce bubon doit être considéré à l'heure actuelle, d'après Ricord, Mauriac, Fournier : 1° soit comme une adénite simple due à une irritation quelconque ou à un peu de balano-posthite, ou à une légère érosion ayant disparu sans laisser de trace ; 2° soit comme une adénite due à l'existence d'un chancre ou d'une chancrelle ayant passé inaperçus ou ayant guéri avant que l'adénopathie ne se soit développée ; 3° soit comme une adénite tertiaire consécutive à une syphilis ignorée ; 4° soit comme une adénite tuberculeuse.

Les bubons virulents sont : le bubon blennorrhagique qui n'est pas très fréquent, 5 pour 100 environ ; l'adénopathie est souvent bi-inguinale, s'observe à la période de déclin ou de début.

Le bubon chancrelleux très fréquent, 42 pour 100. Les fatigues, la marche, la malpropreté jouent un grand rôle dans sa production.

Enfin, le bubon syphilitique consécutif au chancre induré, si fréquent que, sur 1361 cas, on ne l'a vu manquer que 37 fois ; d'où la fameuse expression de Ricord que « le bubon suit le chancre, comme l'ombre suit le corps ».

Au point de vue que nous envisageons, les distinctions, que nous venons de rappeler parce qu'elles sont classiques, sont de peu d'importance. Ces adénites, qu'elles soient à streptocoques ou à staphylocoques, comme le veut Lucca pour les bubons simples, qu'on y trouve aucun micro-organisme comme dans le cas de bubon blennorrhagique présenté par Gaucher en 1895 à la société de dermatologie et de syphiligraphie, qu'on y

trouve le bacille de Ducrey, comme cela a été prouvé dans certains bubons chancrelleux ou, enfin, qu'on n'y trouve aucun bacille spécial comme dans le bubon syphilitique, ces adénites, dis-je, n'ont rien de spécifique et sont absolument comparables aux adénites vulgaires que l'on observe généralement à la suite des lésions ulcérées et infectées de la zone lymphatique efférente.

Mais quelque soit leur origine, elles sont susceptibles dans certains cas de subir une évolution spéciale sur laquelle nous voudrions insister.

Au lieu d'avoir une durée en rapport avec la lésion d'origine, durée variable d'ailleurs avec chaque espèce, ces adénopathies ont dans certains cas une tendance à la chronicité, suppurent abondamment, donnent, en un mot, l'impression qu'une influence secondaire s'est ajoutée à l'influence primitive. En réalité, nous le verrons, cette infection surajoutée n'est autre que la tuberculose.

On admet d'ailleurs depuis longtemps que les bubons peuvent se compliquer d'infections secondaires, que l'adénopathie blennorrhagique pouvait devenir chez les tuberculeux une véritable adénite tuberculeuse, le bubon blenno-strumeux de Melchior Robert, on a signalé des bubons strumo-chancrelleux (Rollet), enfin, des bubons syphilo-tuberculeux, ceux même que Ricord désignait sous le nom de scrofulate de vérole.

Mais, le fait intéressant c'est que ces adénites hybrides à peine signalées par les auteurs, sauf toutefois pour le bubon syphilo-tuberculeux, constituent une partie très notable des adénites inguinales vénériennes courantes. Elles sont fréquentes dans les hôpitaux spéciaux,

surtout à l'hôpital Ricord, ce qui est naturel, étant donné qu'elles se montrent de préférence chez l'homme, à cause du surmenage, de la fatigue, du défaut de soins, comme nous aurons l'occasion de le voir.

Ces adénites peuvent se présenter sous des aspects différents.

Le malade, à la suite d'une lésion vénérienne, chancre mou, le plus souvent, voit apparaître une adénopathie généralement unilatérale qui, rapidement, s'enflamme. S'il y prête attention et vient demander conseil, les soins appropriés, c'est-à-dire le repos au lit et le traitement antiseptique, arrêtent souvent la tendance à la suppuration et le malade qui est rapidement guéri de son ulcération quitte l'hôpital, porteur dans l'aîne d'une masse indurée plus gênante que douloureuse, mais qui persiste sans aucune tendance à la disparition.

Dans d'autres cas, soit que le malade commence son traitement trop tard, soit que le traitement soit impuissant à enrayer l'infection déjà accomplie, le bubon suit son évolution, suppure, s'ouvre ou est ouvert. L'ulcération ou l'incision, si l'on est intervenu, donne issue à un pus variable en quantité, dont la caractéristique est la persistance. Au bout d'un certain temps néanmoins, la cicatrisation peut se produire, mais alors il subsistera une induration rebelle. Dans le cas contraire, la suppuration continue, abondante, ruinant le malade au physique et au moral.

Enfin, et c'est ce qui arrive le plus souvent, le malade se présente à la consultation avec des signes non douteux d'adénite inguinale aiguë : douleur, tuméfaction

considérable, rougeur de la peau ; dans la majorité des cas, fluctuation nette avec sensation d'induration profonde. En somme on a l'impression d'un abcès reposant sur une masse ganglionnaire malade.

Le premier soin est évidemment d'examiner la verge, l'anus, les membres inférieurs, on ne trouve aucune lésion ulcéreuse récente, aucun suintement urétral susceptibles d'avoir causé l'infection ganglionnaire.

Mais si l'on interroge les malades, on est frappé d'entendre presque toujours la même histoire. Plusieurs mois ou plusieurs années auparavant, ils ont été soignés pour une adénite franchement aiguë d'origine génitale. L'adénite s'était déclarée, la plupart du temps, à la suite d'une chancrelle ; quelquefois sans cause appréciable : dans ce cas, il faut penser qu'il s'agissait d'une ulcération passée inaperçue. L'ulcération causale a guéri, l'adénite a rétrocedé, néanmoins le malade a conservé dans l'aîne de petits ganglions durs, indolents, guéris en apparence. Mais, à chaque période de fatigue, ces ganglions ont été sujets à des poussées inflammatoires douloureuses. Nous ne saurions trop insister sur ce point qui est absolument caractéristique, c'est que l'effort et la fatigue jouent un rôle considérable dans la production de ces poussées ; aussi la plupart des observations que nous relatons se rapportent-elles à des individus exerçant une profession pénible, coltineurs, hommes de peine, etc.

Que s'est-il produit ? C'est qu'un jour à la suite d'une fatigue plus violente que d'habitude, le traitement ordinaire a échoué. Le malade a essayé du repos, de la tein-

ture d'iode, de l'onguent mercuriel. Tout cela sans résultat. L'adénite a grossi, est sur le point de s'ouvrir ou même s'est abcédée spontanément. Si l'on a l'occasion d'examiner cette tumeur avant qu'elle ne soit ouverte, on remarque qu'elle donne la sensation d'un abcès qui repose sur une tumeur sous-jacente.

Cette tumeur devient beaucoup plus nette dans le cas où l'on incise l'abcès qui semblait tout au début et et qui maintenant n'est plus rien ; l'abcès est, en effet, beaucoup plus périganglionnaire que ganglionnaire ; aussi après l'incision la tumeur dans son ensemble n'a guère diminué de volume.

Quelle est donc la constitution de ces masses ganglionnaires. Elles présentent à l'œil nu des caractères constants de nombre et de volume. Les ganglions sont généralement au nombre de deux, ou le plus souvent de trois, rarement plus ; ils sont du volume d'une noisette en général ; quelquefois l'un d'entre eux atteint le volume d'une noix ; souvent à côté des ganglions malades, on en trouve d'autres qui sont sains. L'adhérence aux tissus voisins n'est généralement pas très considérable, il est rare d'en trouver qui soient en contact avec la veine fémorale, d'où la facilité relative d'extirpation.

Considérés isolément, ces ganglions sont friables, leur teinte à la coupe est violacée ou lie de vin, surtout pour celui qui est immédiatement sous-jacent à l'abcès, les autres ne sont souvent qu'hypertrophiés.

Enfin à l'examen histologique on trouve d'une façon incontestable des granulations tuberculeuses, des cellules géantes et dans certains cas des bacilles. On a d'ail-

leurs observé dans plusieurs des cas que nous publions, des ganglions présentant tous les stades de l'évolution tuberculeuse, le ramollissement avec ses ilots jaunâtres, irréguliers, remplis de matière semi-liquide; d'autres étaient complètement caséifiés; dans d'autres encore, et ils ont été nombreux, la suppuration abondante et prolongée était due non seulement au processus inflammatoire périganglionnaire mais surtout au processus caséifiant.

L'examen histologique a porté sur des ganglions à tous les stades de l'évolution tuberculeuse.

- 1° Des ganglions légèrement hypertrophiés;
- 2° Des ganglions présentant des tubercules miliaires;
- 3° Des ganglions caséeux.

Les lésions que nous avons rencontrées sont celles de la tuberculose banale; nous les rappelons pour mémoire.

1° *Ganglions légèrement hypertrophiés.* — L'examen microscopique après coloration au picro-carmin et à l'hématéine montre des lésions qui sont celles de l'hyperplasie simple; les cellules ganglionnaires sont très nombreuses, on y voit des points congestionnés. Le tissu conjonctif qui forme la coque du ganglion a subi un épaissement considérable, et de cette coque partent des travées conjonctives qui pénètrent entre les corpuscules lymphatiques. Sur ces travées on observe des vaisseaux sanguins qui sur la coupe ont des parois épaisses et sclérosées; on n'observe pas d'ailleurs dans ces cas de cellules géantes, par la coloration on ne peut y déceler de bacille, et néanmoins dans quelques cas, l'inoculation de

parcelles ganglionnaires a donné des résultats positifs chez le cobaye.

2° *Ganglions présentant des tubercules miliaires.* — Ces lésions tuberculeuses ne sont pas toujours visibles à l'œil nu ; on les rencontre dans le parenchyme des ganglions qui semblent simplement hypertrophiés, ou dans ce qui reste de tissus glandulaires entre deux ou plusieurs foyers caséeux.

On y voit alors le tubercule avec sa cellule géante centrale, plus ou moins régulière et sa couronne de noyaux ; ailleurs s'y ajoutent des cellules épithélioïdes et enfin une zone de petites cellules rondes embryonnaires.

Rappelons que ces cellules géantes se développent toujours dans les follicules lymphatiques vers leur périphérie et jamais au milieu des petites cellules ganglionnaires qui les séparent. Quant à son mode de formation, on doit la considérer, d'après M. Metchnikoff, Krause, Borrel comme le résultat, non pas d'une division nucléaire dans une cellule, mais de la conglomération pure et simple de plusieurs phagocytes dont le protoplasma s'est fusionné autour du bacille ; les noyaux sont au contraire restés en couronne plus ou moins régulière à la périphérie.

3° *Ganglions caséeux.* — Les ganglions caséeux représentent un stade plus avancé que le précédent ; le tubercule édifié par l'organisme s'est formé ; plusieurs cellules géantes, plusieurs follicules tuberculeux se sont fusionnés, mais les cellules ont fini par mourir. Rindfleisch pense que la néoformation obstrue les voies lymphatiques de la glande et que de plus elle comprime les capillaires sanguins au

point d'arrêter complètement la circulation. Les tissus privés de l'apport sanguin nécessaire à leur nutrition subissent la dégénérescence caséreuse. Les glandes lymphatiques arrivées à ce stade montrent alors les cellules rondes à gros noyaux se condensant autour du foyer caséeux pour devenir de plus en plus rares et disparaître à mesure qu'on se rapproche du centre. Là on ne trouve plus qu'une masse amorphe, granuleuse, dans laquelle on ne peut reconnaître ni cellules ni noyaux.

L'examen histologique joint à l'aspect clinique du malade, mauvais état général, perte de l'appétit, sueurs nocturnes, amaigrissement très notable, montrait donc la véritable nature de ces adénopathies ; restait le moyen de confirmation par excellence : l'inoculation. Nous rappellerons en effet que d'après les recherches de Brouardel, de Fizzini et de Briault, un bon nombre d'individus, chez lesquels on ne trouve pas de lésions anatomo-pathologiques, offrent souvent néanmoins dans leurs ganglions des bacilles de Koch dont la présence est révélée par les inoculations avec résultat positif. Nous avons donc inoculé des cobayes avec des parcelles de ganglions extirpés ou avec le pus s'écoulant des incisions, souvent avec les deux à la fois ; dans plusieurs cas les cobayes ont péri avec des signes évidents de tuberculose.

CHAPITRE II

Quand un individu est porteur d'une lésion reconnue cliniquement et expérimentalement tuberculeuse, laquelle s'est révélée brusquement à la suite d'une autre lésion sans rapport apparent néanmoins avec la seconde, il n'est pas irrationnel de voir une relation entre ces deux accidents et l'on se trouve en face de ces deux propositions :

Ou bien cet individu était antérieurement en puissance occulte de bacilles dont la virulence s'est exaltée à l'occasion de l'accident ;

Ou bien le malade a contracté simultanément la lésion et la tuberculose qui ont eu une seule et même porte d'entrée.

Les deux opinions peuvent être soutenues.

Dans le premier cas, on admet la possibilité d'une forme de tuberculose, « peu accusée, latente, atténuée » ; le bacille existant peut-être sous une forme invisible, quant à la seconde opinion elle a été défendue par Verneuil, Verchère, Fernet à propos des tuberculoses génitales dites primitives mises en doute d'ailleurs par Guyon, Reclus, Le Dentu.

Disons tout de suite que nous nous rangeons à la pre-

mière de ces opinions, la préexistence de la tuberculose ; mais avant de voir ce qu'il faut penser de ces tuberculoses latentes et quelle explication relative tout au moins on peut en donner, voyons immédiatement pourquoi les accidents tuberculeux que nous signalons ne doivent pas être confondus avec les tuberculoses génitales primitives (1) et ce qu'on peut dire de ces dernières.

Il n'y a évidemment rien d'impossible, comme le pensait Verneuil, à ce que la tuberculose naisse simplement à la suite du coït, par contagion directe, c'est-à-dire par progression du microbe à travers les voies génitales inférieures jusqu'en un point où il trouve les conditions favorables à son installation et à son développement. On conçoit parfaitement le mécanisme de l'infection chez ces femmes dont les observations ont été rapportées par M. Fernet, et qui étaient atteintes de pelvipéritonite tuberculeuse pour avoir eu des rapports avec des maris phtisiques. Remarquons d'ailleurs que la plupart des cas de tuberculose génitale primitive qui ont été cités se rapportent à des femmes, car chez l'homme, la chose pour être possible n'en est pas moins fort rare. Cela se conçoit d'ailleurs aisément.

Lorsqu'il s'agit de lésions de la verge qui ont été reconnues par l'examen microbiologique nettement tuberculeuses, comme dans les cas cités par Kraske, Poncet, Malécot, Barbet, etc., cela n'est pas douteux, on

(1) La tuberculose génitale primitive est niée par Molser, Wiedow, Spaech, Hégar ; pour Sinéty, Reclus, elle est très rare ; pour Pozzi, probable ; Segond et Jacob l'admettent, en la reconnaissant très rare.

est bien forcé d'admettre que la contagion a dû se produire par un contact avec une femme qui était elle-même porteuse d'une lésion génitale tuberculeuse, mais étant données, d'une part la rareté indéniable de ces lésions, d'autre part les objections qu'on peut faire à la théorie même de la tuberculisation primitive des voies génitales, nous nous demandons si dans un grand nombre de cas, notamment dans ceux qui sont cités par Schuchardt qui trouva plusieurs fois le bacille de Koch associé au gonocoque dans des écoulements blennorrhagiques, il ne s'agit pas du réveil d'une tuberculose jusque-là latente, et cela à l'occasion de la lésion vénérienne.

Mais voyons quelles sont les objections qu'on peut faire à la théorie de la contagion tuberculeuse génitale directe.

La première est tirée du siège de la lésion. Si chez la femme, car c'est d'elle ordinairement qu'il s'agit dans les observations, la tuberculose était le résultat d'une infection par le sperme bacillifère ou par un écoulement blennorrhagique suspect, les lésions devraient, comme le dit Cornil, se localiser sur le vagin ou sur la portion vaginale du col où les lésions ne s'observent pas ; on a invoqué pour répondre à cela, la constitution anatomique de la muqueuse vaginale revêtue d'un épithélium pavimenteux épais, stratifié peu propice à l'invasion microbienne ; mais on n'explique pas encore pourquoi la lésion, au lieu de débiter sur la muqueuse utérine vulnérable pourtant, se localise le plus souvent sur la muqueuse de la trompe et vers l'orifice péritonéal de cette dernière. De même chez l'homme, on se demande pour-

quoi la tuberculose se localise à la prostate et aux vésicules séminales de préférence à d'autres portions du canal génital, dont les conditions propres à la pénétration et au développement du bacille sont au moins aussi favorables.

La seconde objection a rapport à la tuberculose génitale des enfants. Qui dit tuberculose génitale primitive sous-entend évidemment que la contagion a eu lieu par le coït, or il existe un nombre suffisant de cas de tuberculose génitale chez des fillettes de 6 à 12 ans; dans ces cas l'hymen intact éloignait nécessairement toute idée de possibilité de rapports sexuels. Aussi dans ces cas les auteurs sont-ils obligés de chercher ailleurs que dans l'appareil génital la porte d'entrée du bacille. C'est ainsi que Paul Maas (de Trèves) suppose pour le cas qu'il rapporte d'une tuberculose génitale chez une petite fille de 5 ans qui mourut avec des symptômes de tuberculose miliaire aiguë, que le virus tuberculeux s'est d'abord implanté sur la plaie ombilicale pour se propager de là au péritoine par les artères ombilicales, puis aux trompes et à l'utérus. Demme pour un autre cas pense que l'infection provient d'une mère phthisique; enfin le même auteur cite l'observation d'un enfant, dont le père était tuberculeux, et qui eut une broncho-pneumonie tuberculeuse accompagnée d'une affection vaginale; les poumons se seraient peut-être infectés par la voie lymphatique et l'infection vaginale se serait produite par le contact des doigts imprégnés de salive bacillifère.

La dernière objection est faite par Straus. Si l'on songe, dit-il, à la fréquence de la tuberculose, rien ne prouve que

les femmes qui sont devenues phtisiques à la suite de rapports avec des maris tuberculeux ne fussent déjà en puissance de tuberculose occulte.

Cette tuberculose n'existait-elle pas déjà quoique cachée dans les cas cités par M. Fernet qui montre la nature tuberculeuse de certains écoulements blennorrhagiques chez l'homme, leucorrhéiques chez la femme, et ne peut-on pas faire la même hypothèse pour les observations de Schuchardt qui dans six cas de blennorrhagie a trouvé deux fois des bacilles de la tuberculose associés aux gonocoques. L'auteur qui est partisan de l'inoculation directe donne de ce fait une explication assez obscure. Il existerait, d'après lui, un catarrhe superficiel des muqueuses, surtout des muqueuses génitales, catarrhe ne s'accompagnant ni de granulations spécifiques, ni d'ulcérations, ni d'autres lésions tuberculeuses, susceptible d'ailleurs de guérir, mais qui néanmoins serait de nature tuberculeuse. Laissons avec Straus la responsabilité de cette explication à son auteur.

Nous préférons pour notre part y voir, à l'occasion d'une infection vénérienne ou même d'une perturbation bénigne dans le fonctionnement normal des organes génitaux, la manifestation d'une tuberculose jusque-là inaperçue. Comme si « le ganglion, ainsi que le testicule, capable de résister à une seule invasion microbienne, se laissait vaincre par une double attaque; le bacille tuberculeux devenant alors maître de la place (1). »

Si l'on songe que le bacille de la tuberculose est par-

(1) QUEYRAT. *Presse médicale*, 1899.

tout et vit partout (Reclus) au moins dans les villes, qu'on le trouve « dans les écoles, au théâtre, dans les églises, les voitures publiques, dans les appartements, le long des murs, des tentures, sur les objets dont nous nous servons journellement, sur les aliments que nous mangeons, sur les vêtements, à la surface de l'épiderme, enfin dans la gorge, dans la bouche, dans les fosses nasales » ; que nous pouvons contracter l'infection par les quatre moyens qui nous menacent continuellement et que nous rappellerons seulement pour mémoire, le contact, l'inhalation, l'ingestion, les rapports sexuels, on est effrayé de voir combien faibles sont nos moyens de protection à l'endroit de la maladie et il n'est pas irrationnel de se demander s'il est des individus complètement indemnes de tuberculose. La question est évidemment intéressante d'autant plus qu'il est bien prouvé qu'un grand nombre d'individus vivent parfaitement dans un état de santé presque satisfaisant, bien qu'ils soient porteurs de bacilles ou qu'ils présentent même des lésions manifestement tuberculeuses.

Nous rappellerons seulement d'après M. Brouardel que chez l'adulte au-dessus de 30 ans, les tubercules guéris, crétacés, fibreux ou cicatrisés au sommet du poumon se trouvent chez les individus qu'il autopsie dans la proportion de 60 pour 100. La cause de la mort dans ces cas est, bien entendu, absolument étrangère à la tuberculose.

Sur sept individus, disait Revillod, un meurt tuberculeux, mais, ajoutait-il, il ne faudrait pas croire que les six autres en fussent indemnes.

On connaît d'autre part les expériences de Straus faites la Charité et à Laënnec en 1894. On sait qu'elles portèrent sur des individus exempts de toute tare au moins apparente de tuberculose et que néanmoins, dans un grand nombre de cas, les produits, retirés des fosses nasales et injectés après délayage à des cobayes, leur communiquèrent la tuberculose.

On peut objecter, il est vrai, que ces expériences ont porté dans la majorité des cas sur des individus qui, appartenant à des services hospitaliers, étaient presque constamment en contact avec les tuberculeux, si nombreux dans les hôpitaux parisiens ; mais si l'on songe à « l'efficacité » des divers modes de contagions, l'inhalation par exemple, pour ne citer que celui-là, n'avons-nous pas à tous les instants et en quelque endroit que nous vivions l'occasion d'absorber ces poussières ténues et impalpables qui servent de véhicule au germe pathogène. Si, en effet, comme le dit M. Reclus, le microbe « est partout et vit partout », comment admettre qu'un individu, quelles que soient les précautions qu'il puisse prendre, ne se trouve en contact fréquent avec le bacille. Et, comme la moindre excoriation de la muqueuse permet la pénétration du bacille, peut-être même cette lésion des tissus n'est-elle pas absolument nécessaire, le bacille pouvant traverser les cellules délicates, peut-on essayer de comprendre pourquoi nous résistons à cette invasion incessante, s'il est des conditions qui empêchent la multiplication du bacille, ou modifient sa virulence, permettent en un mot à l'organisme de le supporter dans une certaine mesure.

La raison la plus importante pour laquelle nous résistons à l'infection se trouve dans ce fait que le bacille tuberculeux se développe très lentement — contrairement par exemple à celui du charbon qui se développe avec une rapidité extraordinaire — aussi est-il souvent rejeté avant d'avoir pu faire souche, à condition bien entendu que la muqueuse soit relativement saine, que les cils vibratiles jouent leur rôle protecteur, et qu'il n'y ait pas, comme cela est d'ailleurs fréquent, de sécrétions stagnantes qui permettent le séjour et la culture du bacille.

Mais il est un certain nombre d'autres causes qui influent encore d'une façon très évidente sur l'évolution tuberculeuse. En réalité l'infection bacillaire est subordonnée à trois conditions :

- 1° Au nombre de bacilles ;
- 2° A leur virulence ;
- 3° A l'état de réceptivité des organes.

Cette dernière notion se subdivise elle-même en :

- 1° Prédisposition générale ;
- 2° Prédisposition locale.

Du nombre des bacilles, peu de choses à dire ; on sait que la répartition est très inégale suivant les cas, qu'on les rencontre dans les vaisseaux oblitérés et autour d'eux dans les cellules géantes, dans le tissu embryonnaire périphérique, en proportions très variables d'un sujet à l'autre, et même d'un point à un autre dans la même lésion. Mais le point intéressant est que la richesse d'un tissu en bacilles implique une tendance marquée à la généralisation, une gravité de pronostic incontestable.

Le second point à considérer dans l'évolution de la tuberculose est la virulence des bacilles.

Il est un fait prouvé par la clinique, c'est que les diverses tuberculoses n'évoluent pas de la même manière, tant s'en faut. « La tuberculose des membres a une évolution lente, tandis que la tuberculose viscérale commande un pronostic tout autre (1) ». Même en considérant les tuberculoses d'un même tissu, des séreuses par exemple, le gravité varie suivant les cas ; en effet la méningite tuberculeuse est d'un pronostic tout autre que la péritonite de même nature. A quoi donc peuvent tenir ces différences ? Comme il est impossible d'admettre que ces diverses localisations soient dues à l'influence du hasard, on en a conclu que l'état d'infériorité momentanée de l'organe, sa moindre résistance jouaient un rôle dans cette localisation ; sans doute, cette raison a sa valeur, mais elle ne suffit pas à expliquer à elle seule l'évolution bien spéciale de la tuberculose suivant les régions atteintes. On trouve un éclaircissement à cette question si l'on admet divers degrés de virulence pour les germes envahisseurs. Ces germes se localisent sur tel ou tel organe selon qu'ils sont plus ou moins actifs. C'est la question de la graine opposée à celle du terrain contrairement à la tendance actuelle.

Il n'est pas irrationnel d'admettre qu'il y a des bacilles tuberculeux plus ou moins virulents, comme il y a des bacilles diphtériques plus ou moins nocifs. Koch, dont l'opinion en matière de tuberculose, fait autorité a

(1) COURMONT et DENIS. *Revue de la tuberculose*, 1897.

d'ailleurs reconnu le fait. C'est ainsi qu'on peut arriver à répartir avec Arloing les cas de tuberculose en deux grandes classes : ceux de la tuberculose localisée à la périphérie, aux extrémités, « scrofuleuse » (1) en général peu envahissante, curable soit spontanément, soit par intervention chirurgicale, à pronostic relativement bénin, par opposition aux cas de tuberculose viscérale et médicale, dont le type est constitué par la tuberculose pulmonaire ou laryngée, à marche envahissante et très rapide, sans tendance à la guérison spontanée.

La différence de virulence des bacilles pris à des sources différentes a été mise en lumière expérimentalement par Arloing dès 1883. Il a montré en effet que le virus tuberculeux provenant de lésions chirurgicales scrofuleuses et le virus tuberculeux recueilli chez un phtisique pulmonaire n'agissent pas de la même manière. Tandis que les crachats du phtisique ou les lésions pulmonaires « post mortem » inoculés sous la peau du lapin et du cobaye, tuberculisent ces deux animaux, comme il est classique depuis Villemin, les lésions tuberculeuses telles que tubercules osseux, fongosités, ganglions strumeux, etc., tuberculisent bien le cobaye, mais laissent presque toujours le lapin indemne.

Sa conclusion est d'ailleurs ainsi formulée :

« Un certain nombre d'expériences m'ont montré que
« les lésions respectant le lapin sont cliniquement des
« tubercloses bénignes, que le chirurgien peut traiter

(1) ARLOING. Essai sur la différenciation expérimentale de la scrofule et de la tuberculose humaine. *Revue de médecine*, 1887.

« sans inquiétude, sans danger, qui ne risquent pas de
« se généraliser à la suite d'une opération. Au contraire
« les lésions tuberculisant le lapin appartiennent à des
« malades qui sont des « noli me tangere », qui meurent
« en quelques jours de granulie, qu'on intervienne soit
« par le bistouri soit à l'aide de certains médicaments. »

Courmont et Dor, qui ont étudié en 1890 cette question de la virulence des bacilles, à la suite d'inoculations intraveineuses de cultures de bacilles tuberculeux atténués, concluent que le virus tuberculeux affaibli se localise exclusivement dans les synoviales, les os, les extrémités en un mot, et qu'il respecte les poumons. D'ailleurs ce même virus a tuberculisé classiquement le lapin, dès qu'il a eu recouvré sa virulence. Nocard a objecté que cette localisation était due au très petit nombre de bacilles. L'expérience a souvent montré qu'il n'en était rien, aussi est-on autorisé à admettre différents degrés de virulence pour le bacille de Koch, et c'est sans doute par cette atténuation des bacilles qu'on peut expliquer les observations assez nombreuses de tuberculose à marche lente, retentissant peu sur l'état général, compatible avec une bonne santé, et heureusement influencée par le traitement, bien qu'évoluant sur un terrain héréditaire.

La réceptivité des organes est le troisième des facteurs à considérer dans l'évolution tuberculeuse et cette notion, avons-nous dit, peut se scinder en deux parties : prédisposition générale et prédisposition locale.

Voyons brièvement ce qu'il faut penser d'abord de la prédisposition générale.

« On a semblé, dit Reclus, croire un moment que le
« microbe n'a qu'à pénétrer dans l'organisme pour s'y
« multiplier. La présence du parasite, l'effraction des
« tissus seraient les deux conditions nécessaires, mais
« toujours suffisantes, pour déterminer l'infection et
« constituer la maladie... D'après cette théorie facile,
« quelle que soit par exemple la constitution d'un indi-
« vidu, si la bactérie charbonneuse se trouve au contact
« de son épiderme, la pustule maligne ne tarde pas à
« évoluer. Les observations abondent qui prouvent le mal-
« fondé de cette opinion. Tel n'attrappe pas la blennor-
« rhagie ou la syphilis où la gagnent prédécesseurs ou
« successeurs. Les modifications passagères ou con-
« stantes du milieu organique influencent d'une manière
« directe l'évolution de la maladie microbique. C'est telle
« ou telle qualité des humeurs, sang, lymphé, sérosité
« des espaces conjonctifs qui facilite les fermentations et
« les cultures: »

« Une graine emportée par le vent ne germe pas par-
tout où elle tombe, elle a forcément besoin d'un sol pro-
pice pour qu'elle s'implante et se développe » (Bouillet).

Le terrain arthritique est à ce point de vue très défavorable au développement du bacille. Pidoux, Hardy, Peter avaient déjà signalé la chronicité, la lenteur, le temps d'arrêt que subit l'évolution tuberculeuse chez les sujets arthritiques. Sarda et Vires, qui après ces auteurs ont repris la question, confirmèrent cette idée. — « Depuis un nombre d'années considérable, disent-ils, nos sujets présentent des signes de tuberculose incontes-
table, néanmoins leur santé n'est nullement altérée. Ils

vivent de la vie commune. Il y a trêve. Les hostilités sont suspendues entre les deux combattants, le bacille d'un côté, l'organisme de l'autre. Ces trêves sont le fait de la lutte victorieuse de l'organisme. L'organisme arthritique est mieux armé, plus apte à se défendre, moins capable de se laisser envahir puisqu'il est un mauvais terrain de culture en lui-même. De même l'emphysème, non pas l'emphysème aigu qui est fatal, qu'il se lie à une tuberculisation aiguë ou qu'il se greffe à une granulie, mais l'emphysème chronique (1). »

On peut donc admettre un réel antagonisme entre la tuberculose et l'arthritisme, antagonisme fondé sur les différences essentielles et radicales de la constitution intime des tissus, des humeurs, des excréta. Mais bien qu'il y ait antagonisme, il ne peut y avoir exclusion complète. Les lésions évoluent simplement et d'une façon lente.

D'ailleurs, comme l'a dit Charpy, « le tubercule ne s'accommode ni des organes vasculaires ni de ceux qui le sont trop peu ». C'est entre les extrêmes qu'il se tient de préférence, prospérant sur les terrains moyens, plutôt faibles, sur les organes dont l'activité est ralentie, la circulation paresseuse. Le sommet du poumon est moins hématosé que la base : c'est au sommet qu'il se localise de préférence ; au contraire, chez l'emphysémateux qui a une activité circulatoire bien plus marquée que l'homme sain, ce surcroît de circulation lui permet d'enrayer sa lésion, comme d'ailleurs un cardiaque tuberculeux.

(1) SARDE et VIRET. *Revue de la tuberculose*, 1894.

Ces raisons que nous venons d'énumérer brièvement suffisent-elles à expliquer à elles seules pourquoi la tuberculose peut rester ainsi à l'état latent; sans doute il y en a bien d'autres encore, mais on en est réduit sur ce point à des hypothèses qui n'ont que la valeur qu'on veut bien leur accorder. Le point important que nous voulions préciser, car c'est la seule explication possible des observations que nous rapporterons, est que la tuberculose existait sans manifestation. Il nous reste à voir comment la maladie vénérienne, comme le traumatisme auquel elle est absolument comparable, vient donner le coup de fouet qui permettra l'évolution des lésions.

Les causes susceptibles de déterminer la tuberculose qui aurait pu sans elles passer inaperçue sont fort nombreuses. On sait quel rôle jouent à ce point de vue l'humidité, le froid, la respiration d'un air vicié, une nourriture insuffisante ou mauvaise, les excès, les grandes fatigues, les passions tristes, les maladies antérieures, coqueluche, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine; autant de causes qui prédisposent à l'invasion bacillaire en nuisant à la défense générale. Les émotions violentes elles-mêmes peuvent être incriminées. Le Dr Féré a fait à ce propos de très curieuses expériences qu'il n'est peut-être pas inutile de rappeler. Ayant placé sous les téguments d'un certain nombre de lapins et de pigeons des tubes contenant des cultures tuberculeuses, fermés à leur partie externe et ouverts à leur partie interne, c'est-à-dire en contact direct avec la circulation de l'animal, il montra que ces tubes étaient au bout d'un certain temps entourés de globules blancs chez ceux de ces animaux qui avaient

été laissés au repos, tandis qu'au contraire ces globules blancs faisaient absolument défaut chez ceux qui avaient été exposés à des mouvements exagérés et à un bruit inaccoutumé.

A ces causes, qui affaiblissent l'organisme général et favorisent de ce fait l'invasion tuberculeuse, il faut ajouter toutes celles qui affaiblissent un organe ou un tissu en particulier, en font un lieu de moindre résistance où les germes pullulent « tandis que le reste de l'organisme saura repousser l'agression » (Reclus). C'est ainsi qu'il faut comprendre les tuberculoses locales.

Les mineurs, les houilleurs qui vivent dans un milieu chargé de parcelles charbonneuses, les mouleurs en fonte et en cuivre qui font un habituel usage du charbon pour le saupoudrage des moules, deviennent souvent tuberculeux, de même pour les ouvriers exposés à diverses poussières minérales, végétales ou animales, poussières de silex, de fer, d'acier, de marbre, de coton, de tabac, de poils, de nacre, etc. Ces poussières pénètrent par inhalation dans les voies respiratoires, se déposent dans les alvéoles, dans les cloisons des lobules, forment des nodules, donnent lieu à des ulcérations, puis à des cavernes où l'on rencontre le bacille de Koch.

Dans ces cas, c'est le poumon lui-même qui est devenu accidentellement le lieu de moindre résistance, comme ces observations de Perroud, de marins de la Saône, chez qui l'usage des perches dont ils se servent pour pousser leurs bateaux, finit par provoquer la tuberculose, les poumons étant du fait de ce traumatisme presque constant le siège d'une congestion ininterrompue. On a

citée de même des cas de tuberculose pulmonaire survenue à la suite d'un simple coup de poing sur le thorax, mais tous les organes peuvent devenir le siège d'une lésion tuberculeuse à la suite d'une cause quelconque qui le met en état d'infériorité momentanée, telle que le traumatisme. Ce sont alors les véritables tuberculoses locales, par opposition à la tuberculose pulmonaire, bien qu'en réalité cette dernière soit au même titre que les autres une tuberculose locale; chez les individus phthisiques, en effet, le poumon s'est mal défendu, le bacille s'y est cantonné, et y a trouvé un terrain exceptionnellement favorable; mais il n'y a, comme cela a été prouvé depuis longtemps, à part peut-être le degré de virulence du bacille, comme nous l'avons déjà signalé, virulence qui est due au terrain et non à la graine, aucune différence de nature entre les deux sortes de tuberculose qu'on oppose à tort souvent l'un à l'autre.

C'est ainsi qu'il faut comprendre, comme l'a montré Jaccoud, dans un grand nombre de cas les rapports de la tuberculose et de la pleurésie. Après la pleurésie, les poumons et la plèvre reviennent rarement à l'état d'intégrité complète. Le plus souvent il reste des adhérences gênant les mouvements respiratoires et l'expansion du poumon. Par suite de ces adhérences et de cette gêne un point faible se trouve constitué. Exposés comme les autres aux nombreuses causes de la contagion tuberculeuse, ces malades sont moins résistants.

Quoi qu'il en soit, le traumatisme est souvent le point d'appel de la tuberculose. Dès 1874 Libbert disait : « Le « traumatisme comme cause de la phthisie est loin d'être

« rare, et l'on a le droit de s'étonner qu'il ait si peu attiré l'attention des médecins (1). »

« A l'aide d'études poursuivies sans relâche, dit Verneuil, je crois avoir établi que le traumatisme, considéré comme état général distinct, a le pouvoir d'exercer hors de son foyer initial, sur l'organisme entier, et en particulier chez les sujets antérieurement malades diverses actions extrinsèques. A l'aide de faits nombreux, j'affirme que les maladies infectieuses peuvent agir exactement comme le traumatisme, c'est-à-dire éveiller, réveiller, modifier quelquefois en bien, mais généralement en mal, les propathies locales et générales. Cette dernière proposition s'applique à la tuberculose soit en état de trêve, soit en activité plus ou moins manifeste (2). »

Cette influence du traumatisme a été d'ailleurs bien mise en lumière par les célèbres expériences de Max Schuller qui donna en 1880 la preuve d'un fait admis depuis longtemps en clinique. Ayant injecté dans une veine ou dans la trachée d'un chien ou d'un lapin des crachats de phtisique ou des débris de poumon farcis de tubercules, il contusionnait une articulation de ce chien ou de lapin et il voyait se développer une arthrite tuberculeuse chez l'un et chez l'autre, tandis qu'une contusion articulaire chez un animal non inoculé ne donnait naissance qu'à une arthrite simple.

(1) LIBERT. *Klinik der Brustkrankheiten*, 1874.

(2) VERNEUIL. Du réveil de certaines affections latentes. *Étiologie et pathogénie. Académie des sciences*, 15 mai 1892.

Quant aux faits cliniques analogues ils sont nombreux.

A. von Salis rappelle le cas d'un couvreur qui, après être tombé du haut d'un toit, présenta des phénomènes de méningite. A l'autopsie on trouva un semis de granulations sur la pie-mère.

Chaffy (1) parle d'un tailleur de pierres qui fut pris d'un crachement de sang après un traumatisme de la région mammaire droite. Une tuberculose aiguë se déclara immédiatement.

Chauffard (2) cite le cas d'une femme robuste qui devint tuberculeuse à la suite d'une fracture de la clavicule droite.

On connaît de même les cas innombrables de laryngite tuberculeuse se développant chez des individus faisant un usage immodéré de la voix (crieurs publics, marchands ambulants, etc.). Le mécanisme de l'infection est toujours identique. On est forcé d'admettre que ces individus sont porteurs de bacilles qui circulent dans l'économie par la voie sanguine ou lymphatique; au niveau du point traumatisé pour une cause quelconque, la circulation ne se faisant plus, ou se faisant mal, les bacilles s'arrêtent à ce niveau, restent en contact plus ou moins prolongé avec les éléments anatomiques qui, en raison du trouble momentané, ne se défendent plus, et l'évolution tuberculeuse commence.

Pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'appareil génital?

(1) CHAFFY. *Thèse de doctorat*. Lyon, 1881.

(2) CHAUFFARD. *France médicale*, 1881.

En principe en effet, il n'y a aucune impossibilité à supposer qu'une infection vénérienne puisse devenir le point de départ d'une tuberculose jusque-là latente. N'y a-t-il pas des faits qui montrent qu'en matière d'infection non plus tuberculeuse, mais banale, à staphylocoques ou à streptocoques l'appareil génital, celui de la femme tout au moins, se trouve être dans certaines conditions un milieu de culture extrêmement favorable pour les microbes.

Doderlein n'a-t-il pas montré que les simples saprophytes n'habitent que les vagins à réaction acide, tandis que les vagins à réaction alcaline sont un milieu de culture excellent pour les espèces nocives, n'a-t-il pas montré que cette acidité se trouve régulièrement en rapport avec la prédominance des microbes normaux sur les microbes pathogènes, et que par conséquent dans les circonstances ordinaires le vagin est à l'abri de l'infection, mais que de bien légères modifications suffisent à créer un terrain favorable à l'infection.

Si donc un changement d'état dans les voies génitales aussi peu important que celui que nous venons de signaler offre du fait même un milieu excellent pour le streptocoque et le staphylocoque, pourquoi le bacille de Koch, qui sommeille, ne prendait-il pas possession, pour s'y installer, d'un terrain qui lui est devenu aussi favorable qu'aux autres microbes; surtout lorsque des accidents relativement graves comme la blennorrhagie ou le chancre mou, par exemple, auront mis véritablement l'organe en état de moindre résistance.

Telle est, il nous semble, l'explication la plus plau-

sible qu'on puisse donner des observations que nous allons citer.

C'est donc toujours la même idée qui domine ces faits ; nous la résumerons une dernière fois ; la tuberculose peut certainement exister chez un grand nombre d'individus sans manifester sa présence, jusqu'au moment où un accident vénérien mettant l'appareil génital en état d'infériorité permet la fixation et l'évolution du bacille, la tuberculose se traduisant par une adénopathie dont la nature n'est pas douteuse.

Legroux avait donné au Congrès de la tuberculose de 1893 une comparaison du réveil et de l'évolution de la tuberculose en général, que nous voulons rappeler, car si elle est, comme il l'avoue lui-même, un peu forcée, elle s'applique parfaitement aux cas que nous envisageons et en donne une idée singulièrement exacte.

« Étant donné, dit-il, que tous les hommes ne sont
« pas d'une égale perfection morale, la société a dû
« construire des prisons et des bagnes pour y reléguer
« les malfaiteurs et les empêcher de nuire ; elle a orga-
« nisé une police, des gardiens pour arrêter, pour
« retenir les hommes dangereux. Dans ces prisons,
« espèces de ganglions urbains, destinés aux macrobes
« nuisibles, le détenu est maintenu un temps plus ou
« moins long ; il peut s'y transformer par la réflexion,
« atténuer ainsi ses mauvais instincts et ne plus être
« capable d'assassiner ou de voler, ou bien il s'y affaiblit
« dans l'air confiné et y contracte une anémie mortelle.

« Mais si par hasard une révolution éclate, les gar-
« diens, trop peu nombreux, et sans soutien venant du

« dehors, deviennent impuissants : les détenus s'échap-
« pent, se répandent par la ville, y commettent tous les
« méfaits possibles, et se joignant aux révolutionnaires
« augmentent les éléments de perturbation sociale sans
« compter que la masse des curieux et des imbéciles
« entrave l'action du parti de l'ordre, de la raison
« et de la morale. Le détenu, c'est le bacille. Quand
« il est arrêté dans le ganglion il y a trêve dans la
« lutte qu'il a engagée avec l'organisme. La révolution
« ce sera la rougeole, la coqueluche, la grippe, un trau-
« matisme ou tout autre état morbide, qui modifiant les
« humeurs et leurs qualités bactéricides, affaiblissant la
« valeur fonctionnelle des phagocytes, des cellules fixes,
« du sang, laissera échapper les bacilles de Koch. Ceux-
« ci s'associant aux streptocoques, aux pneumocoques,
« aux bacterium coli, aux gonocoques, aux staphyloco-
« ques (les révolutionnaires habituels), tandis que les
« microbes saprogènes, les tétragènes, le pyocyanique,
« les protéés, les aspergilles, sarcines, leptothrix, l'oï-
« dium albicans, foule de badauds qui traînent partout,
« et augmentent les difficultés de la répression, s'asso-
« cient, dis-je, à ces divers destructeurs, les bacilles
« iront piller et mettre à feu et à sang le poumon, les
« méninges, le foie, la rate, etc. »

CHAPITRE III

Le traitement de ces adénopathies comme celui de beaucoup d'affections tuberculeuses comprend deux parties bien distinctes qu'il ne faut pas séparer en pratique : le traitement général et le traitement local.

Traitement général. — On ne doit pas oublier que le sujet porteur d'une lésion tuberculeuse locale est menacé de généralisation et qu'il faut seconder son organisme pour le mettre en état de résister à l'invasion microbienne.

L'habitation saine, bien aérée, à la campagne, l'exercice modéré, seront utilement conseillés ; les bains de mer, les eaux thermales, bromo-iodurées sont aussi de bons adjuvants. Mais malheureusement, ces moyens ne sont applicables que dans une certaine classe de la de la société, et, d'autre part, ils sont notoirement insuffisants. Cazin, à Berk-sur-Mer ayant mis ses malades atteints de tuberculose locale dans les meilleures conditions, a dû en opérer 112 sur 325, ce qui fait plus de 30 pour 100. L'alimentation a également son importance, le lait, le beurre, l'huile, etc., les aliments gras, en général, en constitueront la base. L'huile de foie de morue, le

quinquina, le phosphate de chaux, le cacodylate de soude seront des médicaments utiles, s'ils sont bien tolérés.

Ce traitement général est d'une telle importance qu'on ne saurait trop y insister, il doit précéder le traitement local et doit être continué longtemps après.

Traitement local. — Avant d'arriver au traitement de choix, qui est l'extirpation radicale des ganglions, disons un mot des autres moyens surtout usités autrefois mais dont l'action locale est bien importante.

Quel bien peut-on en effet penser des pommades dites fondantes dont l'inefficacité est maintenant bien avérée, qui dans quelques cas même peuvent avoir une action nuisible. Si le bacille de la tuberculose s'est installé dans un ganglion, que pourrait y faire une couche de teinture d'iode appliquée sur la peau ! Elle expose à créer des portes d'entrée aux infections secondaires, sans aucun bénéfice. On a parlé aussi de l'électricité (1) qui donnerait, paraît-il, de merveilleux résultats ; il est au moins étonnant, si cela est vrai, que la méthode ne soit pas plus répandue.

Les injections interstitielles d'éther iodoformé ou de naphthol camphré n'ont jamais été faites dans les cas que nous avons observés comme seul moyen curatif, mais elles ont été souvent employées après l'intervention. L'injection interstitielle est d'ailleurs un moyen infidèle pour le cas qui nous occupe ; car souvent des ganglions profonds peuvent échapper au palper et n'être pas atteints par l'injection et en outre elle est dangereuse, quand par

(1) LABAT-LABOURDETTE. *Thèse*, Paris, 1893.

exemple un ganglion adhère aux vaisseaux. D'ailleurs ces injections de solutions antiseptiques n'ont pas donné de résultats aussi heureux qu'on l'avait espéré ; ce n'est pas à dire qu'il faille les rejeter complètement comme unique moyen curatif, s'entend ; car employées après l'opération, elles ont au contraire une influence heureuse sur la cicatrisation de la plaie, difficile parfois à obtenir ; on s'en servira quand le malade refuse l'opération ; elles seront aussi l'ultime ressource lorsque la tuberculose pulmonaire avancée et le mauvais état général contre-indiqueront l'intervention chirurgicale.

Nous n'avons jamais vu un malade guéri par l'incision pratiquée le plus souvent à son entrée à l'hôpital. Le seul traitement raisonnable est l'extirpation à laquelle on est toujours obligé d'avoir recours après le moyen palliatif dont nous venons de parler, car ces adénites chroniques réchauffées pour un moment et masquées par l'acuité des symptômes, fonctionnent, comme dit Rebreyend, beaucoup moins comme des abcès que comme des tumeurs.

Il est donc indispensable de les enlever : l'ablation est d'autant plus légitime qu'étant le plus souvent limitée à deux ou trois ganglions, on ne peut lui faire le reproche de gêner à l'excès la circulation lymphatique de la verge ; les ganglions que l'on extirpe n'ont plus guère d'ailleurs de valeur fonctionnelle. Dans les cas où nous avons vu survenir des œdèmes lymphatiques et qui se rapportaient toujours à des extirpations bilatérales, ces œdèmes ont été fugaces, disparaissant au bout de quelques jours.

Quant au procédé opératoire, le voici tel que l'a pratiqué Rebreyend un certain nombre de fois à l'hôpital Ricord, et qui a donné toujours de bons résultats :

Il ne faut pas oublier, dit-il, que la portion de peau voisine de l'orifice constitue la paroi même de l'abcès superficiel. Elle est donc peu propre à une réunion immédiate. La résection large constituera le premier temps de l'intervention.

L'ilot elliptique que nous avons enlevé en disséquant sa face profonde nous conduit sur la masse ganglionnaire et avec le doigt, le doigt seul, on isole cette masse du tissu cellulaire voisin. De cette manière on sent plus qu'on ne voit les vaisseaux qu'on serait exposé à rompre. On les pince à mesure, et on extirpe ainsi presque sans perdre de sang l'ensemble de l'adénopathie.

Si, dans ces manœuvres, quelques fragments friables sont restés attachés aux parties voisines, il sera très facile d'enlever à la curette tranchante ces parcelles de tissu infecté.

L'hémostase faite, la cavité lavée à l'eau phéniquée forte, une question se pose : faut-il réunir ? Après avoir expérimenté comparativement les trois méthodes : réunion totale, absence de réunion et réunion partielle avec drainage, c'est à cette dernière qu'il convient d'accorder la préférence.

Il ne faut pas se dissimuler en effet que l'opération pratiquée au voisinage et même au milieu de tissus infectés est loin d'être aseptique. D'autre part attendre et surveiller longuement des plaies aussi larges et profondes, c'est retarder indéfiniment la guérison et appeler la cica-

trice vicieuse. Il est très facile de laisser à la partie moyenne de la plaie une forte mèche de gaze iodoformée, quitte à en réunir les deux extrémités au crin de Florence.

Souvent la guérison se fait par première intention, la mèche peut être alors retirée au bout de trois ou quatre jours, la plaie est pansée à plat ; dans le cas contraire, on pratique à chaque pansement une injection d'éther iodoformée. La guérison ne tarde guère.

Tous les malades que nous avons vus traités par cette méthode ont retiré de l'intervention un bénéfice extrême. L'opération a même été réclamée par plusieurs d'entre eux qui voyaient leurs compagnons de salle guéris d'une lésion identique. Nous avons eu l'occasion de revoir deux ou trois mois après l'extirpation de leurs ganglions plusieurs de ces malades, ils étaient dans un état extrêmement satisfaisant. Ils doivent être considérés comme absolument guéris.

Nous devons toutefois ajouter qu'aucun d'eux malgré le mauvais état général n'était au moment de l'intervention en imminence de tuberculose pulmonaire ni ne présentait des lésions bacillaires multiples viscérales ou articulaires, et qu'enfin le traitement médical interne consistant en absorption quotidienne de la plus grande quantité possible d'huile de foie de morue a toujours accompagné le traitement chirurgical.

TECHNIQUE

Voici la technique que nous avons suivie pour nos inoculations de liquides ou de fragments ganglionnaires, qui ont été au nombre de cinquante.

Dans la moitié environ de cas, les ganglions n'étaient pas encore ulcérés, mais seulement fluctuants; après avoir pris les précautions antiseptiques habituelles nous ponctionnions la tumeur et recueillions deux ou trois pipettes de pus; pour les ganglions non suppurés, comme dans la plupart des cas, l'ablation totale avait été faite, nous pouvions facilement choisir des parcelles qui semblaient présenter la dégénérescence tuberculeuse.

L'examen direct du pus pour la recherche du bacille de Koch, par la méthode courante d'Erich, a été pratiqué systématiquement, chez tous les malades dont l'adénite a suppuré, à un moment quelconque de l'évolution de leurs lésions. Nous n'avons pas obtenu personnellement de résultat positif. La seule observation dans laquelle le bacille a été décelé directement ne nous est pas personnelle; l'examen a été pratiqué au laboratoire de l'hôpital Beaujon. Notre maître, M. le Dr Queyrat, avait eu, il y a trois ans, un résultat positif dans les

mêmes conditions ; il nous a été malheureusement impossible de nous procurer l'observation. Nos examens ont été pratiqués d'ailleurs sans sédimentation.

Pour ce qui est des inoculations, qui ont porté sur 50 cas, elles ont toutes été pratiquées sur le cobaye, mais de deux façons différentes, et nous sommes obligés de fournir quelques explications sur ce point. Au début de nos expériences, dix cobayes ont été inoculés sous la peau de la face interne de la cuisse, selon la méthode d'Arloing ; par la suite, nos inoculations ont été intrapéritonéales selon la méthode courante ; les deux modes ont leurs avantages réciproques ; cela ne va pas sans explication.

Lorsque le temps presse et qu'on veut faire un diagnostic précoce de tuberculose, la première des méthodes que nous venons d'indiquer a certainement un avantage indiscutable.

Arloing (1) qui a étudié, avec le plus grand soin, la marche de la tuberculose chez le cobaye inoculé sous la peau, a montré que l'envahissement des lésions est progressif et se fait par la voie lymphatique avec une telle régularité qu'on peut, à l'autopsie de l'animal, savoir où s'est faite l'inoculation et à quelle date elle remonte. Bien plus, la tuberculisâtion unilatérale des ganglions lymphatiques permet d'affirmer le diagnostic de tuberculose avant la mort du cobaye et sans sacrifier celui-ci.

(1) ARLOING. *Acad. des sciences*, 1885 et *Revue de médecine*, 1887. Leçons sur la tuberculose, rédigées par Courmont, 1892 ; COURMONT. *Province méd.*, 1894.

« Si l'inoculation a été pratiquée sous la peau de la
« face interne de la cuisse, il se produit localement un
« peu d'empâtement ; plus tard l'abcès s'ouvrira et don-
« nera naissance à ulcère à granulations tuberculeuses
« qui ne se fermera plus. Du douzième au quinzième
« jour les ganglions inguinaux et cruraux du côté inoculé
« s'empâtent, durcissent et roulent sous le doigt, ayant
« le volume d'un gros pois. Vers le vingtième jour, le
« ganglion lombaire du même côté se prend à son tour.
« Vers le vingt-cinquième, le ganglion rétro-hépatique
« s'indure et les tubercules commencent à apparaître
« dans la rate, puis dans le foie. A partir du début du
« deuxième mois, le virus traverse le diaphragme
« et sa dissémination ne conserve plus son caractère
« unilatéral ; les deux poumons et les ganglions bron-
« chiques se prennent indistinctement. A la fin du
« deuxième mois la tuberculose est généralisée et les
« ganglions inguinaux et lombaires du côté opposé peu-
« vent même finir par s'indurer. »

Enfin, point important, on peut faire le diagnostic d'après le même auteur en douze à quinze jours par la simple palpation des ganglions inguinaux. « Tout co-
« baye inoculé sous la peau de la cuisse qui présentera
« douze à quinze jours plus tard une induration marquée
« et unilatérale des ganglions inguinaux correspondants
« est tuberculeux » (Courmont).

Ce mode d'inoculation aurait donc l'avantage de permettre un diagnostic rapide. Nous l'avons employé au début de nos expériences, alors que nous avions hâte, pour des raisons particulières, d'avoir quelques résultats ;

dans deux cas nous avons pu constater très nettement, vers le quinzième jour, l'induration des ganglions inguinaux, puis toute l'évolution que nous venons d'indiquer d'après la description d'Arloing. Nous en avons été convaincus, par la suite, de la réalité de l'infection tuberculeuse par la mort des animaux qui est arrivée trois mois après. Les autopsies ont été absolument concluantes.

Néanmoins nous n'avons pas continué nos expérimentations par ce procédé, à la suite des observations de M. Queyrat qui nous objectait qu'une infection produite par d'autres microbes que le bacille de Koch, le staphylocoque par exemple, était parfaitement susceptible de produire une adénopathie lombaire chez le cobaye. La chose est en effet très possible ; néanmoins, il nous semble que lorsqu'on injecte à un cobaye des produits suspectés de tuberculose, il y a de fortes présomptions pour que l'adénopathie soit de même nature, à condition bien entendu que toutes les mesures d'asepsie aient été prises au moment de l'inoculation. Ceci dit au seul point de vue général d'ailleurs, car, pour ce qui nous touche, la tuberculose n'était pas douteuse dans les deux cas que nous rapportons, ainsi que l'a montré la nécropsie.

Les quarante autres inoculations ont été faites dans le péritoine, selon la méthode courante, la mort des cobayes est arrivée au bout de deux mois environ.

Nous n'avons pas cru devoir faire aux cobayes inoculés et déjà suspectés de tuberculose d'injections de tuberculine, étant donné le peu d'importance qu'il faut attacher à cette réaction, car si le cobaye tuberculeux présente une réaction fébrile très nette sous l'influence de la tu-

berculine, le cobaye sain en présente une absolument identique comme l'ont montré Arloing, Rodet et Courmont.

Nous voulons aussi dire un mot des infections secondaires et de leur influence sur l'évolution de l'adénite tuberculeuse. Certes, lorsque dans un ganglion tuberculeux viendront s'installer des espèces pyogènes, la suppuration ne pourra guère manquer d'arriver plus rapidement avec une forme plus ou moins aiguë hâtant la fistulisation. Mais cet agent secondaire est loin d'être indispensable. Dans certains cas nous avons trouvé du streptocoque ou du staphylocoque « aureus » ou « albus » associés au bacille tuberculeux, mais dans la majorité des autres cas, les préparations ne contenaient d'autre microbe que le bacille de Koch. Nous arrivons donc à la même conclusion que Petit (1), à savoir que sous certaines influences, difficiles d'ailleurs à préciser, le bacille tuberculeux peut amener une suppuration assez rapide, d'allure presque aiguë et cela sans le concours d'aucun microbe d'infection secondaire. Le bacille est peut-être d'autant plus pyogène que le terrain est plus résistant.

(1) PETIT. *Thèse*, Paris, 1897.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

VERNEUIL. — *Revue de la Tuberculose*, 1894.

Un jeune homme de 18 ans, parisien, de taille moyenne, bien musclé, mais pâle, anémique et fatigué par les études universitaires, issu d'un père dyspeptique et d'une mère rhumatisante, vint me consulter pour une adénopathie inguinale droite portant à la fois sur les ganglions sous-cutanés et iliaques inférieurs et formant une masse compacte et volumineuse, peu mobile, recouverte par la peau, adhérente, amincie, rougeâtre et perforée en deux points par suite de l'ouverture spontanée de deux abcès dans le pli inguinal lui-même.

Bref on avait sous les yeux un type de bubon strumeux suppuré avec la quasi-indolence et la sub-inflammation. Le mal avait débuté une quinzaine de jours auparavant et avait évolué tout seul, aucun traitement n'avait été fait. Le jeune homme courageux, souffrant d'ailleurs médiocrement, avait voulu cacher à ses parents avec lesquels il vivait l'accident et surtout son origine.

C'est en effet à la suite d'un coït suspect remontant à près d'un mois que l'engorgement ganglionnaire avait paru. Or la rapidité avec laquelle il avait parcouru ses périodes, chez un sujet qui n'avait jusqu'alors présenté aucun signe de tuberculose ni interne ni externe, ne toussant jamais et jouissant d'une santé satisfaisante, me fit soupçonner qu'une ulcération spécifique, un chancre mou, probablement avait provoqué l'adénite. En conséquence, j'en

recherchai avec soin les conséquences ou les traces. Mais comme il arrive souvent, après quelques semaines le corps du délit avait disparu et je ne trouvai au gland et au prépuce que quelques rougeurs qui n'avaient rien de caractéristique, ce qui ne m'empêcha pas de maintenir mon diagnostic étiologique, tant il est commun de voir le bubon strumeux succéder au chancre mou, à la blennorrhagie, voire même au chancre infectant. Au reste, ajoute l'auteur, je n'insisterai pas sur ce point, ayant surtout intérêt à préciser la nature même de l'adénopathie, ce qui n'offrit aucune difficulté, car il suffit de prendre avec une petite curette à 12 ou 15 millimètres de profondeur dans la cavité des abcès un peu de pus dont l'examen par les procédés bactériologiques et par l'inoculation au cobaye donna un résultat positif.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Dr REBREYEND.)

Le nommé D..., âgé de 33 ans, entre dans le service de M. le Dr Humbert, à l'hôpital Ricord où il est couché au lit n° 9 de la salle A.

Ce malade se présente porteur d'une adénite inguinale bilatérale abcédée des deux côtés, mais ouverte spontanément du côté gauche seulement.

De bonne santé habituelle, il avait constaté néanmoins depuis une dizaine d'années la présence dans les aines de petits ganglions mobiles dont l'origine ne peut être retrouvée ; ces ganglions enflaient un peu par la fatigue, mais il n'y avait jamais eu de véritable souffrance.

Cinq semaines avant son entrée à l'hôpital, il a contracté un chancre mou de la rainure balano-préputiale guéri facilement par des attouchements à la glycérine phéniquée et des pansements répétés à la poudre d'iodoforme.

En même temps que le chancre, s'est développée une double adénite inguinale caractéristique ; de chaque côté cette adénite

s'est abcédée; elle s'est même spontanément ouverte à gauche la veille du jour fixé pour l'intervention. A droite la peau rouge, lisse, tendue, semble également prête à se perforer, et une fluctuation des plus nettes se fait sentir.

L'opération est pratiquée le 17 novembre. L'abcès est incisé transversalement à droite; l'ouverture agrandie de même à gauche; le pus évacué, la cavité très largement lavée au sublimé, on résèque de chaque côté les lèvres de l'incision dans la zone où la peau semble amincie et altérée.

On tombe directement sur les ganglions malades; ceux-ci sont énucléés au nombre de deux à gauche et d'un seul à droite. Chacune des deux plaies est soigneusement lavée à l'eau phéniquée forte, puis suturée à ses extrémités en laissant à la partie moyenne une mèche de gaze iodoformée.

Premier pansement le 20 novembre; on note un œdème assez considérable de la verge, œdème blanc complètement indolore; suppuration assez abondante des deux plaies; cet œdème fort prononcé pendant les quatre premiers jours diminue rapidement ensuite et finit par disparaître complètement après des alternatives de résorption et d'augmentation.

Ablation des fils le 24; les pansements sont renouvelés tous les quatre jours; chaque fois on pratique dans la cavité une injection d'éther iodoformé. La plaie du côté gauche se cicatrise très rapidement; elle est complètement guérie le 15 décembre.

Du côté droit, les choses marchent moins vite.

Dès les premiers pansements on a constaté un peu au-dessous de la plaie opératoire, la présence d'une petite tumeur, dure, arrondie, bien isolée, glissant sous la peau, présentant tous les caractères d'un ganglion lymphatique. Il est à noter que de ce côté on n'avait énucléé qu'un seul ganglion.

On espérait néanmoins que la cicatrisation de la plaie serait obtenue, quitte à intervenir ultérieurement pour ce ganglion oublié, si cela devenait nécessaire. Malheureusement cette cicatrisation se fit d'une façon défectueuse. Il persiste à la date du 15 décembre une fistule profonde de 5 centimètres conduisant sur le ganglion

engorgé. En même temps, celui-ci a grossi, a adhéré à la peau et forme au-dessous de la plaie opératoire une tuméfaction allongée, parallèle à celle-ci.

On tente en vain de fermer la fistule par des injections d'éther iodoformé, suivies d'introduction de crayons à l'iodoforme.

Le 19 décembre, sans endormir le malade, on pratique à la cocaïne un curettage vigoureux de la fistule, qui est agrandie et bourrée d'une mèche iodoformée. Néanmoins l'état reste stationnaire ; le ganglion tuméfié qui communiquait déjà avec le trajet fistuleux s'ouvre spontanément à la peau par un petit orifice à la partie tout à fait interne du pli de l'aîne.

On se décide à pratiquer le 6 janvier 1897 une seconde intervention. Une sonde cannelée introduite par la fistule ancienne est poussée jusque dans l'orifice du nouveau trajet. On incise au bistouri sur la sonde cannelée toutes les parties molles intermédiaires aux deux abcès ; dans le fond de l'incision on aperçoit alors, parfaitement reconnaissable au milieu des tissus indurés et enflammés, le ganglion lymphatique cause de tout le mal. Très friable, de couleur violâtre et ecchymotique, il est totalement extirpé.

Toute la surface de la plaie est grattée à la curette tranchante. Les points suspects sont brûlés au thermocautère. Lavage à l'eau phéniquée forte. Une grosse mèche est bourrée à la partie moyenne de la plaie dont on suture au crin les extrémités.

Le frottis sur une lamelle colorée au Ziehl du ganglion extirpé contient des bacilles de la tuberculose.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. REBREYEND.)

Le nommé S. G..., âgé de 41 ans, entre le 11 décembre dans le service de M. le Dr Renault, à l'hôpital Ricord, pour une adénite inguinale suppurée.

Comme antécédents génitaux, ce malade nie toute blennorrhagie ; pas de syphilis ; il a contracté en 1884, en Algérie, un chan-

cre mou du sillon balanéo-préputial qui se complique de bubon suppuré à droite. — Ce bubon ouvert à l'hôpital militaire a guéri très lentement, le malade ne pouvant prendre le repos nécessaire. — Au bout de six semaines la guérison est cependant à peu près complète.

Le malade ne ressent rien d'anormal du côté des ganglions jusqu'au mois de décembre dernier. — A ce moment il se livre à un travail très fatigant et prolongé, à la suite duquel les aînes sont de nouveau le siège d'engorgement ganglionnaire.

Tandis qu'à gauche les ganglions bien qu'augmentés de volume sont isolés et peu douloureux, à droite, au contraire, ils prennent rapidement le caractère d'une tumeur unique à base large et profonde, qui adhère bientôt à la peau et présente une fluctuation manifeste à la partie antérieure.

Le lendemain de l'entrée, on incise la collection; mais les jours suivants, on remarque que l'incision n'arrête pas l'évolution du mal. — La tumeur ne fait que s'étendre, la plaie cutanée se rétracte mais prend le caractère d'une ulcération circulaire; son fond est grisâtre, fongueux.

Passage en chirurgie le 18 décembre 1897. — Opération le 18 janvier 1898. — Chloroforme. — Circonscription au bistouri des bords de l'ulcération. — Dissection de toute la portion de peau malade. — On énuclée assez difficilement deux gros ganglions très altérés, friables et ecchymotiques. — La cavité résultant de cette énucléation est curettée longuement, lavée à l'eau phéniquée forte. — Réunion de la plaie au crin de Florence, sauf à la partie moyenne, où l'on place une mèche de gaze iodoformée.

L'examen histologique de ces deux ganglions a montré des cellules géantes et des bacilles.

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. REBREYEND.)

Le nommé G..., âgé de 28 ans, entre le 14 décembre à l'hôpital Ricord dans le service de M. le Dr Humbert.

En 1890, il a contracté la syphilis; l'accident primitif occupait le sillon balano-préputial; adénopathie inguinale caractéristique; au dire du malade tout se serait borné à une éruption de plaques muqueuses buccales et anales, et il n'aurait rien ressenti depuis.

Au mois d'avril 1897, il contracte simultanément un chancre mou du fourreau de la verge à gauche et une urétrite blennorrhagique. — Il est soigné pour ces accidents divers à l'hôpital de Rouen, en sort incomplètement guéri et reprend immédiatement son travail. L'effet de ces fatigues ne tarde pas à se produire. — Il se développe progressivement dans la région inguinale gauche un ganglion de plus en plus dur et douloureux. — Après une période stationnaire de plusieurs semaines la glande subit une poussée nouvelle au mois de septembre; le malade se soigne tant bien que mal par des applications répétées de teinture d'iode.

Notons que le chancre et l'urétrite avaient rapidement guéri, le premier au commencement, le second vers la fin du mois de mai.

Le 27 novembre 1897, le malade se présente à la consultation de M. le Dr Renault dans le service duquel il est admis; il est d'abord soumis au traitement par les badigeonnages à la teinture d'iode, puis en présence de signes manifestes de suppuration l'abcès est incisé. — Mais cette incision ne met pas fin bien au contraire au développement de la tumeur. — La suppuration ne se tarit pas; les bords de l'incision se décollent et s'évident en forme d'ulcération circulaire. — Enfin, fait curieux, la masse ganglionnaire augmente considérablement de volume au point de venir faire hernie entre les lèvres trop étroites de l'incision.

Le malade est passé le 14 décembre dans le service de chirurgie. — *Opération le 20 décembre.* — Chloroforme. — On résèque largement les bords de la plaie; énucléation des ganglions; les extrémités de la plaie sont réunies, mèche de gaze iodoformée à la partie moyenne.

L'examen des coupes de ganglions montre des cellules géantes et des bacilles.

OBSERVATION V

(Communiquée par M. REBREYEND.)

Le nommé S..., âgé de 30 ans, entre le 11 novembre 1897, à l'hôpital Ricord dans le service de M. le Dr Humbert.

Ce malade se plaint d'une tumeur douloureuse suppurée et fluctuante, mais non ulcérée, occupant la région inguinale droite.

En interrogeant le malade sur ses antécédents, on apprend qu'en 1894, il y a 3 ans, après une marche forcée de 26 jours, il a souffert d'accidents divers ; ces accidents consistent en écorchures nombreuses aux deux pieds ; en varices aux deux jambes ; enfin en un gonflement douloureux des ganglions inguinaux du côté droit, gonflement qui disparaît d'ailleurs après un repos de quelques jours.

Le malade, souffrant toujours de ses varices, est atteint l'année suivante d'un double ulcère variqueux occupant à chaque jambe la partie externe et le tiers inférieur. — A cette époque, un chirurgien de l'hôpital de Coblenz a pratiqué la résection bilatérale du tronc de la saphène interne. — A ce moment le malade n'avait plus rien du côté des ganglions inguinaux.

Mais, il y a un mois, le malade a contracté un chancre mou, qui s'est accompagné de ganglions volumineux très douloureux. — Huit jours après le début de la tuméfaction, celle-ci qui atteint le volume d'un œuf de poule, se ramollit, s'ulcère, donne issue à une quantité considérable de pus.

Néanmoins, on sent malgré tout une tumeur volumineuse qu'on se décide à extirper. — L'opération est pratiquée le 20 novembre 1897. — Chloroforme. — Excision large de toute la zone de peau rouge et amincie. — On tombe sur une masse ganglionnaire friable et fongueuse, qui est enlevée complètement. — Réunion des extrémités au crin de Florence, mèche à la partie moyenne.

A l'examen des coupes cellules géantes et bacilles.

OBSERVATION VI

(Communiquée par M. REBREYEND.)

Le nommé M... entre le 2 décembre à l'hôpital Ricord dans le service de M. le Dr Humbert pour une tumeur douloureuse occupant la région inguinale droite.

Comme antécédents locaux, le malade raconte avoir été soigné, il y a treize ans, à l'hôpital Ricord, pour un chancre mou accompagné d'adénite suppurée de l'aine.

Bien qu'à sa sortie de l'hôpital la plaie fût fermée et la guérison complète en apparence, le malade a toujours conservé depuis une petite induration, qui devenait douloureuse et augmentait de volume chaque fois que dans son métier très dur de coltineur il se fatiguait outre mesure.

Néanmoins, ces indurations passagères étaient de courte durée et n'auraient jamais revêtu de caractère grave jusqu'à ces temps derniers, cinq semaines environ avant son entrée à l'hôpital.

A ce moment, en l'absence de toute plaie ou excoriation des organes génitaux de la région anale ou du membre inférieur, en l'absence également de tout suintement urétral, l'induration de l'aine est de nouveau le siège d'un gonflement douloureux ; les jours suivants, cette induration augmente en même temps que la peau rougit et s'ulcère. — Le malade se présente à l'hôpital porteur d'une ulcération à bords décollés et friables, occupant la partie inféro-interne du pli de l'aine et reposant sur une base indurée formant tumeur, du volume d'un œuf de pigeon.

On se décide à l'opération qui a lieu le 16 décembre 1897. Chloroforme. Les bords de l'ulcération sont circonscrits par une incision elliptique parallèle au pli inguinal et distante de ces bords de 2 centimètres environ ; on dissèque l'îlot cutané malade ainsi isolé, mettant à nu la surface fongueuse et friable d'un ganglion lymphatique très altéré. On isole difficilement plusieurs ganglions très mous, de teinte violacée et ecchymotique. A la partie supé-

rieure de la plaie on va chercher deux ganglions très haut situés. La plaie est touchée à l'eau phéniquée forte. Hémostase. Réunion au crin de Florence avec une mèche iodoformée à la partie moyenne de la ligne des sutures. Pansement iodoformé.

Le soir, comme il s'est produit un léger suintement sanguin, on défait le pansement ; le suintement s'est arrêté ; compression légère.

Le 19, premier pansement ; on enlève la mèche et on injecte par l'orifice dans la plaie une seringue d'éther iodoformé ; la mèche est remplacée ; pansement sec.

Le 24, ablation des fils, réunion parfaite des extrémités de la plaie.

Le 4 *janvier*, pansement sec à plat.

Le 20 *janvier*, le malade est complètement guéri.

L'examen histologique a montré des cellules géantes.

OBSERVATION VII

(Communiquée par M. REBREYEND.)

Le nommé L..., âgé de 24 ans, entre à l'hôpital Ricord le 29 novembre 1897 dans le service de M. le Dr Humbert.

Ce malade est porteur d'une tumeur du volume d'un œuf de poule occupant l'aîne droite, dure profondément et superficiellement fluctuante.

Il raconte qu'au mois de mars 1896 il a contracté un chancre mou du sillon balanéo-préputial ; cette ulcération chancrelleuse s'est compliquée à cette époque d'une double adénite inguinale. Celle-ci n'a cependant pas abouti à la suppuration ; le malade les a traitées par des applications d'onguent napolitain ; elles ont diminué très notablement sans toutefois disparaître.

Depuis, à l'occasion de toute fatigue, ces glandes s'engorgent et deviennent douloureuses avec une prédominance marquée à droite.

Il y a trois mois, le malade, tailleur de son état, a vu, par suite

de l'usage de la machine à coudre, survenir une tuméfaction considérable et fort douloureuse de l'aine droite.

A la consultation externe de l'hôpital Lariboisière, où il se rend, on lui conseille d'abord de renouveler le traitement par l'onguent mercuriel. Devant le peu de succès de ces applications, le malade vient consulter à l'hôpital Ricord.

Il se montre très affirmatif quant à l'absence complète de plaies ou d'écorchures à l'anus ou au membre inférieur. Il a remarqué simplement que le coït amenait chez lui de fréquentes ulcérations.

Le malade est admis à l'hôpital Ricord le 29 novembre, il est porteur d'une adénite inguinale volumineuse et qui paraît au moins partiellement suppurée. La peau rouge et tendue laisse percevoir une fluctuation manifeste ; le 30 novembre, incision simple de l'abcès sous-cutané.

Il s'écoule très peu de pus à l'incision ; les jours suivants la plaie ne présente aucune tendance à se fermer mais il se développe au contraire une nouvelle collection purulente au-dessous de l'incision primitive.

En même temps, le caractère de la plaie se modifie. Les bords en sont rouges et décollés ; le fond grisâtre et fongueux vient faire hernie entre les lèvres de la plaie.

Opération le 11 décembre.

On circonscrit par deux incisions courbes parallèles au pli de l'aine la zone cutanée malade. Après résection de cette peau, on gratte un décollement correspondant sur la lèvre inférieure de la plaie à la seconde collection purulente qui persistait. On extirpe un volumineux ganglion qui formait le fond de l'abcès primitif et un ganglion voisin qui semble à l'œil un peu altéré mais en tout cas est augmenté de volume.

Les deux extrémités de la plaie sont réunies au crin de Florence ; on place une mèche de gaze iodoformée à la partie moyenne.

Premier pansement le 15. Ablation des fils le 19 ; la plaie suppure assez abondamment à la partie moyenne. Pansement sec

tous les deux jours avec injection d'une seringue d'éther iodo-formé.

Le malade est revu le 20 février. La guérison est parfaite. Cicatrice simple qui tend à se perdre dans le pli inguinal.

L'examen des coupes de ganglion au point de vue du bacille de Koch avait été absolument positif.

OBSERVATION VIII

Le nommé L..., âgé de 33 ans, débardeur, entre le 17 novembre à l'hôpital Ricord dans le service de M. le Dr Queyrat.

Son père et sa mère sont vivants et bien portants. Ils n'ont pas d'infirmités malgré leur âge avancé : 72 et 70 ans. Trois frères bien portants.

Le malade a eu une mauvaise santé jusqu'à l'âge de 12 ans. Il était, paraît-il, très pâle, était souvent fatigué; ne pouvait prendre part aux jeux de ses camarades. Aussi fut-il envoyé par ses parents à la campagne pendant trois ans.

A l'âge de 18 ans, il eut une fluxion de poitrine. Il en guérit rapidement; un mois après le début de la maladie, il put reprendre son travail. D'ailleurs depuis son séjour à la campagne il jouissait d'une très bonne santé, et exerçait facilement depuis deux ans déjà, au moment de sa pneumonie, son dur métier.

A 25 ans, il a un chancre mou avec bubon non suppuré d'ailleurs, la guérison est rapide.

Mais chose curieuse, depuis deux ans le malade est sujet à des poussées de balano-posthite assez régulières et survenant tous les deux mois environ, malgré les soins de propreté méticuleuse auxquels il s'est astreint sur le conseil de son médecin. De plus, ces poussées balano-posthite s'accompagnent chaque fois d'une poussée ganglionnaire inguinale simple ou double.

C'est à la suite d'une de ces poussées plus prononcée que les autres que le malade entre à l'hôpital. La poussée de balanite est actuellement en voie de disparition à la suite de lavages répétés à

l'oxycyanure de mercure, mais le malade présente dans chacune des aines un bubon du volume d'un abricot, de couleur rouge violacé, nettement fluctuant.

Le malade est particulièrement vigoureux et bien constitué; néanmoins les cheveux et la barbe sont rouges. Il ne tousse pas. Il dit avoir un peu maigri depuis son entrée à l'hôpital. Rien à noter à l'auscultation.

Nous incisons le bubon avec toutes les précautions antiseptiques habituelles, et recueillons facilement une certaine quantité de pus. L'examen direct de ce pus pratiqué le jour même est absolument négatif; mais nous injectons la plus grande partie du liquide recueilli à un cobaye. L'animal qui a été inoculé dans le tissu cellulaire de la cuisse droite présente un chancre tuberculeux et une adénite. Néanmoins sa tuberculose évolue très lentement. Sacrifié le 18 février, il présente de la tuberculose de la rate et du foie.

Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION IX

Le nommé C..., âgé de 20 ans, cocher, entre le 10 novembre 1900 dans le service de M. le Dr Humbert, à l'hôpital Ricord.

Père et mère bien portants. Fils unique.

A l'âge de 6 ans, il aurait eu un hygroma suppuré du genou.

Il s'est très bien porté jusqu'à ces derniers temps.

Il y a deux mois, il a eu une blennorrhagie. Cinq jours après le début de la maladie, une double adénopathie s'est déclarée. Celle de droite est plus volumineuse que celle de gauche. En huit jours, le bubon de gauche atteint le volume d'un œuf de pigeon, puis s'ulcère et donne issue à un écoulement de pus abondant qui dure depuis un mois et demi environ; le bubon gauche au contraire diminue rapidement de volume pour ne laisser à sa place qu'un noyau induré de la grosseur d'une petite noisette.

État général mauvais. Amaigrissement sensible. Rien pourtant à l'auscultation.

Après savonnage et brossage de la peau, lavages à l'alcool et au sublimé, nous faisons une ponction et recueillons facilement du pus à la partie profonde de l'ulcération; l'examen bactériologique est négatif; l'inoculation dans le péritoine du cobaye amène en deux mois la mort de l'animal; l'autopsie, faite le 14 janvier, montre une tuberculose très nette de la rate et des ganglions mésentériques. Nous n'avons pu revoir le malade.

OBSERVATION X

Le nommé J..., âgé de 24 ans, garçon de café, entre à l'hôpital Ricord, dans le service de M. le Dr Humbert, le 15 novembre 1900.

Le père du malade est mort de la poitrine à l'âge de 35 ans. Sa mère vit et est bien portante. Il a perdu une sœur de méningite à l'âge de deux ans. Il a encore une sœur qui est en bonne santé.

Les antécédents personnels sont nuls. Il s'est toujours bien porté, ne toussant pas, exerçant facilement son métier qui est pénible.

Il a eu une première blennorrhagie il y a deux ans. Il prit de l'opiat sur le conseil de son médecin et guérit. Il y a deux mois, nouvelle blennorrhagie. Cinq jours après l'apparition de l'écoulement survient une tumeur dans l'aîne pour laquelle il se présente à la consultation de l'hôpital Ricord où il est admis. Pas d'écorchures au pied, ni d'ulcération à la verge.

Le ganglion qui est rouge violacé, du volume d'un œuf de pigeon, commence à suppurer quelques jours après l'entrée du malade.

Nous recueillons du pus que nous examinons aussitôt; le résultat est négatif; comme l'intervention est déjà décidée, à cause du mauvais état général du malade, nous préférons attendre d'avoir la masse ganglionnaire pour pouvoir faire une inoculation.

L'opération est faite le 23 décembre; on tombe sur deux ganglions hypertrophiés, rouges violacés, qui sont d'ailleurs facilement énucléés.

Nous inoculons sous la peau de la cuisse d'un cobaye plusieurs parcelles de matière presque caséeuse. L'animal est sacrifié le 3 mars; nous constatons des lésions tuberculeuses des plus nettes dans le foie et surtout dans la rate; les poumons commençaient à être pris.

OBSERVATION XI

Le nommé L..., âgé de 24 ans, pâtissier, entre à l'hôpital Ricord, dans le service de M. le D^r Humbert, le 2 octobre 1900.

Père et mère bien portants. Quatre frères et une sœur également bien portants.

Le malade a eu une première blennorrhagie à l'âge de 18 ans; une seconde à 21 ans; la dernière à 23 ans.

Au mois de septembre dernier, à la suite d'un rapport sexuel, il vit apparaître dans l'aîne droite une grosseur qui atteint rapidement le volume d'un œuf de poule; il n'avait à ce moment aucune écorchure au pied ni à la jambe, pas de chancre; seulement, en l'interrogeant, il avoue que depuis sa dernière blennorrhagie, il a chaque matin une goutte d'écoulement blanchâtre, et que parfois, en urinant, il ressent des élancements douloureux.

Le bubon est incisé le 10 octobre. Une quantité considérable de pus s'écoule et continue les jours suivants; le malade sur ces entrefaites perd l'appétit, a des transpirations nocturnes, il maigrit considérablement; au bout de deux mois, comme l'adénopathie, loin de rétrocéder, se reforme sans cesse, on se décide à l'enlever.

L'examen du pus fait lors de l'incision a été négatif.

L'opération a lieu le 3 novembre. On tombe sur deux ganglions rouges hypertrophiés, qui sont extirpés sans trop de peine; nous inoculons un cobaye sous la peau de la cuisse droite avec des parcelles provenant des deux ganglions; au bout de quinze jours, nous observons une induration marquée et unilatérale des ganglions inguinaux droits; ce cobaye sacrifié le 10 janvier présentait de la tuberculose généralisée.

OBSERVATION XII

Le nommé C..., âgé de 33 ans, employé de commerce, entre le 6 novembre 1900, dans le service de M. le Dr Humbert.

Le malade a encore son père et sa mère qui sont bien portants. Il a perdu une sœur à l'âge de trois ans, mais a encore une sœur et un frère qui sont en bonne santé.

Il ne se souvient pas d'avoir été malade pendant sa première enfance ; mais à 12 ans il aurait eu une fièvre muqueuse ; il en guérit bien et continua à avoir une bonne santé jusqu'à l'âge de 23 ans, où il contracta la syphilis. Chancre de la lèvre inférieure, diagnostiqué par M. Humbert. Il eut d'ailleurs consécutivement une roséole, des plaques muqueuses. Il suivit régulièrement le traitement qui lui fut indiqué ; son état fut satisfaisant jusqu'à cette année.

Au mois de janvier 1900 il eut sur la verge une écorchure à la suite d'un rapport sexuel ; cette écorchure fut bientôt accompagnée d'une adénopathie inguinale gauche qui se déclara 12 jours après l'apparition de l'ulcération sur la verge ; le malade vint consulter à l'hôpital Ricord où il fut admis le 6 novembre avec le diagnostic de chancre mou. L'adénopathie est volumineuse, rouge, ulcérée ; au bout de quelques jours elle se ramollit, devient fluctuante, la ponction donne issue à un pus très liquide dont nous recueillons à deux reprises une certaine quantité.

L'examen du pus pratiqué le 14 novembre n'a pas donné de résultat positif. — L'inoculation de ce même pus a été pratiquée le même jour, dans le péritoine d'un cobaye. L'animal sacrifié le 16 janvier présentait des lésions non douteuses de tuberculose de la rate et du foie.

OBSERVATION XIII

Le nommé G..., âgé de 44 ans, terrassier, entre le 10 septembre 1900 dans le service de M. le Dr Humbert.

Antécédents héréditaires nuls. Jusqu'à l'âge de 12 ans, la santé du malade a été délicate ; il toussait fréquemment. Depuis cette époque, jusqu'à l'âge de 23 ans, sa santé est meilleure, mais à ce moment, il contracte la syphilis. Chancre de la lèvre inférieure ; ganglions sous-maxillaires volumineux. Il suit ponctuellement le traitement qui lui est prescrit à la consultation de l'hôpital Ricord. Il n'a guère d'accidents consécutifs ; à deux reprises seulement des plaques muqueuses buccales qui disparaissent rapidement par la cautérisation.

Néanmoins, à l'âge de 30 ans, sans que rien n'en fasse soupçonner la cause, le malade a une adénite inguinale gauche, dure d'ailleurs, qui est soignée par la teinture d'iode et qui disparaît au bout d'un mois environ. Enfin, il y a deux mois, il contracte un chancre mou qui est accompagné d'une adénopathie gauche volumineuse qui ne tarde pas à s'ulcérer et à suppurer abondamment.

L'inoculation du pus a communiqué la tuberculose à un cobaye inoculé le 22 septembre ; sacrifié le 2 décembre.

L'examen du pus avait été négatif.

OBSERVATION XIV

Le nommé B..., âgé de 37 ans, exerçant la profession de miroitier, entre à l'hôpital Ricord dans le service de M. le Dr Humbert pour deux bubons.

C'est un homme bien constitué qui, jusqu'à ces temps derniers, a eu une excellente santé.

Son père serait mort de vieillesse à 80 ans. Sa mère est encore très bien portante. A noter qu'il aurait perdu un frère de la poitrine à l'âge de 16 ans. Il a encore deux sœurs qui sont bien portantes.

Au point de vue personnel, le malade a eu, il y a dix ans, une blennorrhagie et une orchite aussitôt soignées et vite disparues.

Au mois de mai dernier il contracte un chancre siégeant dans le sillon balano-préputial et sur la nature duquel le médecin consulté ne put se prononcer. Néanmoins, par mesure de prudence, le traitement spécifique fut institué. Quelques jours après, une roséole très nette apparaissait, et ensuite des plaques muqueuses dans la gorge. Mais fait curieux, alors que le chancre n'avait été accompagné d'aucun ganglion, une double adénopathie inguinale

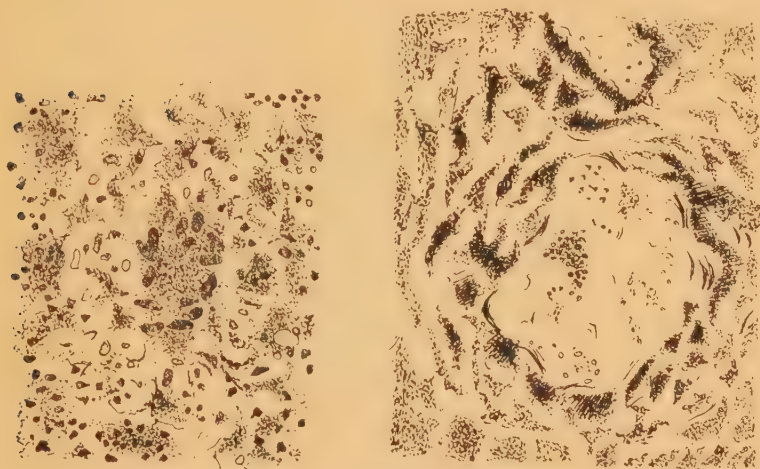


FIG. 1 et 2. — Cellules géantes formées dans l'intérieur même des corpuscules lymphatiques et autour desquelles il n'y a encore que peu ou pas de condensation cellulaires.

évolua rapidement quand le chancre avait depuis longtemps déjà disparu sans laisser de trace et ces ganglions prirent un volume tellement considérable que la marche et la station debout étant gênées, la malade demanda à être admis à l'hôpital.

Dès que le malade fut au repos, l'adénopathie gauche s'améliora. Elle avait d'ailleurs, dès le début, une consistance assez dure contrairement à la droite qui était beaucoup plus molle, plus rouge, plus volumineuse, plus enflammée, en un mot. L'adénopathie gauche disparut, pour ainsi dire, en une quinzaine de jours,

ne laissant plus à sa place qu'une induration du volume d'une petite noisette ; elle n'avait eu à aucun moment de tendance à la suppuration.

L'adénopathie droite au contraire ne tarda pas à s'ulcérer et à donner issue à un pus très liquide clair et extrêmement abondant. A partir de ce moment l'état général devient mauvais ; perte de l'appétit et du sommeil.

Au moment où nous examinons le malade, c'est-à-dire le 20 septembre, il est dans un état peu rassurant ; toute la région inguinale est envahie par l'adénopathie qui a encore augmenté de volume ces temps derniers ; plusieurs ulcérations donnent issue à un pus très abondant, d'odeur infecte qui plonge le malade dans un marasme absolu. On est obligé de le panser plusieurs fois par jour. Il tousse depuis quelques jours. Rien de net à l'auscultation.

Nous recueillons avec soin du pus que nous examinons, le jour même, le 24 septembre. Le résultat est négatif.

Nous inoculons à un cobaye en outre une certaine quantité de pus, sous la peau de la cuisse droite ; au bout de 17 jours, les ganglions inguinaux du même côté sont nettement indurés. L'animal est sacrifié le 12 janvier ; tuberculose de la rate et du foie.

Comme l'état général du malade était resté mauvais, et que les ponctions n'avaient pas modifié l'état de la tumeur, on a procédé, le 10 novembre, à l'extirpation de la masse ganglionnaire. Trois ganglions ont été énucléés sans difficulté ; les morceaux de ganglions fixés au sublimé et colorés au picro-carmin sont remplis de cellules géantes et de follicules tuberculeux, situés au sein de zones fortement congestionnées. Le malade est revu le 10 janvier. Son état est très satisfaisant.

OBSERVATION XV

Le nommé R..., âgé de 26 ans, cocher, entre à l'hôpital Ricord dans le service de M. le Dr Humbert, le 1^{er} septembre, pour une adénopathie inguinale et blennorrhagie.

Le malade a son père et sa mère qui sont bien portants. Il a perdu une sœur à l'âge de six mois, mais en a deux autres en bonne santé.

Il n'a eu aucune maladie importante étant enfant. Quelque temps avant de partir au service militaire il contracta, à la suite d'un effort, une hernie inguinale dont il fut opéré. Il se cassa la jambe plus tard, et fut encore soigné à l'hôpital militaire où il avait déjà subi l'opération de sa hernie.



Fig. 3. — Fragment de ganglion arrivé au stade de caséification ; les cellules rondes se condensent autour du foyer caséux, mais deviennent de plus en plus rares pour disparaître à mesure qu'on se rapproche du centre. Là on ne trouve plus qu'une masse amorphe, granuleuse dans laquelle on ne peut reconnaître ni cellules, ni noyaux.

Quelques mois après il contracta la syphilis. Le chancre siégeait dans le sillon balano-préputial. On en voit encore la trace. Ce chancre fut accompagné d'une adénite inguinale gauche du volume d'une noix, qui disparut au bout d'un mois.

Vers le mois de juillet 1900, il est atteint de blennorrhagie qu'il soigne par des injections que lui indique un pharmacien ; l'écoulement s'arrête pendant quelque temps ; il faut noter qu'avant de contracter sa blennorrhagie il avait une écorchure au pied qui

avait provoqué une adénite au même endroit que la première, celle même qui avait accompagné le chancre induré.

Le malade entre à l'hôpital pour sa blennorrhagie qui était, en somme, mal guérie ; il prend de l'opiat, l'écoulement diminue encore ; mais l'adénite qui était apparue avant la blennorrhagie augmente de volume, devient fluctuante, est ponctionnée.

Quand nous examinons le malade à la date du 25 septembre, il se plaint d'avoir maigri, la tumeur qui était du volume du poing a diminué de volume à la suite de deux ponctions, mais n'a pas disparu ; en la comprimant on en fait sourdre un léger suintement ; elle est rouge violacée, de consistance assez ferme.

Devant l'inutilité du traitement suivi jusque-là, on se décide à extirper la tumeur.

L'examen du pus que nous avons pratiqué n'a pas donné de résultat positif.

Un morceau de chacun des deux ganglions caséeux retirés par l'opération a été inoculé à la patte droite d'un cobaye le 10 octobre, suppuration locale, chancres tuberculeux douze jours après.

L'animal sacrifié environ trois mois après, le 14 janvier, présente des lésions manifestement tuberculeuses, surtout du côté de la rate et du foie ; les poumons sont encore indemnes.

OBSERVATION XVI

Le nommé G..., employé de commerce, âgé de 22 ans, entre le 10 septembre 1900 à l'hôpital Ricord dans le service de M. le Dr Humbert.

Le malade a encore son père qui jouit d'une assez bonne santé, pourtant il souffre assez souvent de douleurs d'estomac, probablement d'origine alcoolique d'après les dires de son fils. Sa mère est morte à l'âge de 54 ans d'un érysipèle à répétition auquel elle était sujette. Il a perdu un frère, à l'âge de 16 ans, d'une pneumonie, une sœur, à l'âge de 33 ans, d'une maladie de foie.

Il a encore quatre frères et deux sœurs qui sont bien portants.

Personnellement, le malade est bien constitué, et n'a eu comme maladie importante qu'un érysipèle de la face, l'année dernière, qui fut soigné en ville et guérit rapidement.

Il y a trois ans, il eut une blennorrhagie qui s'accompagna d'une adénopathie inguinale gauche ; le malade qui se soignait lui-même n'y prit pas garde ; de fait, elle disparut assez vite, mais un an après, à la suite d'une seconde blennorrhagie, l'adénite reparut. Sur le conseil de son médecin, il la traita par frictions d'onguent mercuriel, elle disparut encore, mais il y a six mois, sans motif apparent (notamment sans écorchure au pied), nouvelle poussée de l'adénite. Le malade prend à ce moment de l'iodure de potassium et de l'arséniate de soude, puis comme son état général devient mauvais, qu'il maigrit et perd l'appétit, il se présente à la consultation de l'hôpital Ricord où il est admis le 9 août.

Rien aux poumons, ni au cœur.

L'adénopathie se compose de trois masses ganglionnaires distinctes dont le volume est dans l'ensemble celui d'une mandarine ; elle devient rapidement fluctuante sous l'influence des compresses chaudes fréquemment renouvelées ; huit jours après, on incise le plus volumineux des ganglions, qui se trouve à la partie interne, un pus abondant s'écoule, nous en recueillons et l'injectons immédiatement à un cobaye.

Au bout de trois semaines, comme l'état général continue à être mauvais, et que l'adénopathie loin de rétrocéder s'est reformée après une seconde ponction, on se décide à enlever la tumeur.

Les trois ganglions sont extirpés facilement.

L'examen histologique a porté sur des coupes faites dans le plus volumineux des ganglions, qui était absolument caséeux. On remarque en plusieurs points des cellules géantes bien nettes, avec des zones congestionnées. Sur des coupes colorées au Ziehl, on trouve nettement des bacilles de Koch.

L'inoculation du pus faite sous la peau de la cuisse d'un cobaye n'a pas donné de résultat positif au point de vue de la tuberculose,

car l'animal, sacrifié deux mois et demi après, ne présentait aucune lésion typique.

L'inoculation au contraire de fragments caséux, faite le 12 octobre, a été absolument positive. L'animal, tué le 7 janvier, présentait de la tuberculose généralisée, au foie, à la rate et aux deux poumons. L'examen direct du pus avait été négatif.

OBSERVATION XVII

(Due à l'obligeance de M. Labadie-Lagrave).

L. A..., 30 ans, infirmier, soigné à l'hôpital Beaujon.

Bonne constitution. Antécédents héréditaires nuls, personnels insignifiants jusqu'en 1897, où il contracte un chancre syphilitique.

Ce chancre fut accompagné d'une adénopathie gauche, dure, volumineuse, qui disparut rapidement. Les accidents consécutifs furent peu importants. Alopécie passagère, quelques plaques muqueuses vite disparues.

Le malade semblait donc en bonne voie de guérison ; il avait d'ailleurs suivi un traitement régulier, quand en septembre 1900 apparaissent des syphilides papuleuses et même pustulo-crustacées, très confluentes principalement sur les membres et à la face. En même temps survient une adénopathie gauche volumineuse, composée de trois masses ganglionnaires distinctes. L'une interne de la grosseur d'une noix, les deux autres, situées à la partie externe de la région, ont le volume d'une noisette. La peau est rouge. On perçoit rapidement de la fluctuation. L'incision au bistouri donne issue à un pus jaune verdâtre.

L'examen bactériologique, pratiqué au laboratoire de l'hôpital Beaujon où était traité le malade, montre la présence d'un certain nombre de bacilles de Koch.

En même temps, le malade maigrit, l'état général actuellement est assez mauvais ; aux deux sommets on entend de fines crépitations.

Le malade n'a pas été opéré.

Nous avons revu le malade six mois environ après les accidents que nous venons de signaler. Il porte dans l'aîne gauche un volumineux noyau induré, qui a diminué, paraît-il, par l'application de pommade mercurielle. Son état général est assez bon, il a pu reprendre régulièrement son travail, bien qu'il porte toujours aux deux sommets des lésions indéniables de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XVIII

Le nommé L..., âgé de 32 ans, entre dans le service de M. le Dr Humbert, à l'hôpital Ricord, le 16 août 1900, pour une adénopathie inguinale.

Le malade a autrefois exercé la profession de boulanger ; il est maintenant laveur de voitures.

Les parents sont vivants et bien portants. Il a perdu une sœur de tuberculose pulmonaire à l'âge de 18 ans, il en a encore une qui est en bonne santé.

Il ne présente personnellement aucun antécédent pathologique appréciable jusqu'à l'âge de 21 ans. A ce moment, étant au régiment, il a contracté une blennorrhagie suivie d'orchite ; il fut traité par des applications de compresses et des bains. La guérison fut rapide. Mais par la suite il eut fréquemment et par intervalles presque réguliers des poussées de balano-posthite. Enfin, au mois de juillet, pendant une de ces poussées plus longue et plus rebelle que les autres, il s'aperçoit de l'apparition d'une grosseur dans l'aîne gauche et il se présente à l'hôpital. Il ne présentait à ce moment nulle lésion, sauf la balanite, qui pût expliquer la présence de cette adénopathie.

Le malade perd l'appétit, maigrit considérablement, l'état général devient mauvais.

Au moment où nous l'examinons, le 20 septembre, le malade présente un facies pâle, émacié, de l'atrophie musculaire considérable et généralisée ; il tousse depuis quelques jours ; le sommet gauche respire mal, néanmoins il n'y a ni râles ni souffle. Les épidi-

dymes ne présentent pas d'induration caractéristique ; sur le gland quelques desquamations en forme de carte géographique, vestiges d'une poussée récente de balanite améliorée.

L'adénopathie à gauche est considérable, formée de deux masses ganglionnaires suffisamment distinctes. La tumeur est assez dure et n'a jamais eu de tendance à la suppuration.

Étant donnée l'inutilité du traitement médical et palliatif qui avait été institué, teinture d'iode, puis pansements humides ; étant donné surtout l'état général qui devient mauvais, on se décide à pratiquer l'ablation de la tumeur.

L'opération est pratiquée le 20 septembre. On extirpe deux ganglions rouges hypertrophiés. Nous pratiquons des coupes que nous colorons au picro-carmin ; nous n'apercevons pas de cellules géantes ; le Ziehl ne révèle la présence d'aucun bacille de Koch.

Mais l'inoculation de fragments des deux ganglions à deux cobayes a donné des résultats positifs. Le premier inoculé sous la peau de la cuisse droite a présenté un chancre tuberculeux, de l'induration des ganglions inguinaux correspondants au bout de quinze jours ; sacrifié un mois et demi après, les lésions du foie et de la rate étaient manifestes. Le second cobaye inoculé dans le péritoine et sacrifié quinze jours plus tard, présentait des lésions encore plus avancées ; les poumons commençaient à se prendre.

OBSERVATION XIX

Le nommé R..., âgé de 29 ans, terrassier, entre le 18 octobre 1900 dans le service de M. le Dr Humbert, à l'hôpital Ricord pour des chancres.

Son père et sa mère qui exerçaient la profession de cultivateurs sont morts l'un à 56 ans, l'autre à 42 ; de maladies aiguës sur lesquelles le malade ne peut donner aucun détail. Un de ses frères serait mort des suites d'une pleurésie à l'âge de 20 ans, une de ses sœurs à 29 ans de tuberculose pulmonaire. Il a encore huit autres frères ou sœurs, bien portants, dit-il.

Lui-même a eu une très bonne santé jusqu'à l'âge de 26 ans. Il avait jusqu'alors travaillé la terre en Beauce. Il ne se souvient pas d'avoir été malade jusqu'au moment où il vint à Paris pour exercer la profession de terrassier. A noter qu'il a la barbe et les cheveux roux.

Il y a dix-huit mois, il eut un chancre syphilitique du gland diagnostiqué par M. Renault; le chancre était accompagné d'une double adénite inguinale peu volumineuse. Il eut ensuite une roséole, des plaques muqueuses. Il suivit régulièrement son traitement. (Pilules de protoiodure et sirop de Gibert).

Il y a deux mois il entre à l'hôpital Ricord pour trois petits chancres qui siègent, l'un sur le frein, les deux autres dans le sillon balano-préputial. Dix jours après l'apparition des chancres, survient à droite une adénite qui augmente rapidement de volume et qui est ponctionnée.

Sous l'influence de la ponction l'adénite droite disparaît, mais aussitôt après apparaît dans l'aîne gauche une seconde adénopathie qui devient rapidement considérable et donne issue spontanément à un écoulement purulent qui dure déjà depuis quinze jours au moment où nous examinons le malade; nous recueillons soigneusement ce pus que nous injectons à un cobaye.

L'état du malade qui s'était maintenu assez bon jusqu'à ces derniers temps devient rapidement inquiétant; il a beaucoup maigri et il tousse, ce qui ne lui arrivait jamais dans ces dernières années; à l'auscultation on entend aux deux sommets des craquements quand le malade a toussé.

Sur ces entrefaites, surtout à cause de l'écoulement très abondant du bubon et sur les instances mêmes du malade l'extirpation des ganglions est décidée.

L'examen direct du pus a été négatif.

L'inoculation du pus dans le péritoine d'un cobaye n'a pas donné non plus de résultat positif, mais l'examen histologique des coupes provenant des deux ganglions extirpés par l'opération qui a eu lieu le 23 novembre, a montré la présence de cellules géantes, enfin l'inoculation de parcelles ganglionnaires a commu-

niqué au cobaye une tuberculose qui a évolué rapidement. Chancre tuberculeux à la cuisse, où avait été pratiquée l'inoculation, au bout de douze jours. L'animal sacrifié le 6 février présente des lésions tuberculeuses manifestes de la rate et du foie. Le malade a parfaitement guéri. Son état général actuel est très satisfaisant.

OBSERVATION XX

Le nommé L..., âgé de 26 ans, exerçant la profession de boulanger, entre dans le service de M. le Dr Humbert, le 18 octobre 1900, pour une adénopathie inguinale gauche.

Père et mère bien portants. Deux sœurs également bien portantes. Comme antécédents généraux, rien de particulier à noter au point de vue personnel. Le malade est bien constitué, assez vigoureux, ne se souvient pas d'avoir eu une maladie sérieuse pendant sa jeunesse.

Première blennorrhagie à 18 ans. Le malade se soigne par des injections que lui indique un pharmacien. Il guérit tant bien que mal au bout de deux mois et demi.

Il y a quatre mois, le malade a contracté un chancre mou du sillon balano-préputial pour lequel il vient consulter à l'hôpital Ricord. En même temps que le chancre est apparue une adénopathie inguinale gauche qui augmente rapidement de volume et acquiert en dix jours le volume d'un œuf de pigeon.

Le traitement qui lui est indiqué consiste en application de poudre d'aristol sur le chancre, compresses humides sur le ganglion.

Au bout d'une vingtaine de jours, le chancre est complètement cicatrisé, mais l'adénopathie n'a pas retrecédé, elle a au contraire augmenté légèrement de volume, sans tendance toutefois à la suppuration.

Sans être douloureuse, elle est gênante pour le malade qui exerce une profession particulièrement pénible.

Des applications de teinture d'iode prescrites à ce moment ne

modifient guère l'état de la tumeur, aussi le 18 octobre, le malade, qui réclame lui-même l'intervention chirurgicale, est admis à l'hôpital.

L'adénopathie est composée de deux masses ganglionnaires suffisamment distinctes, dont l'ensemble atteint le volume d'une petite pomme.



FIG. 4. — Énorme cellule géante au milieu d'une masse de cellules épithélioïdes et embryonnaires formant le tubercule complet.

La couleur est rouge violacé, mais la consistance est assez dure ; jamais d'ailleurs il n'y a eu de suppuration. L'état général est assez bon.

Le malade est opéré le 26 octobre. On énuclée assez facilement les deux ganglions hypertrophiés ; on introduit dans la plaie une mèche de gaze iodoformée, les deux extrémités de l'incision sont suturées au crin. Guérison en trois semaines.

Des coupes pratiquées dans les deux ganglions ont montré très nettement des cellules géantes.

L'inoculation de parcelles ganglionnaires à la cuisse d'un cobaye, le jour même de l'opération, a produit au bout de douze jours un chancre tuberculeux.

L'animal sacrifié le 8 janvier présentait des lésions manifestes de tuberculose du foie et de la rate.

OBSERVATION XXI

Robert H..., âgé de 32 ans, exerçant la profession de colporteur, entre à l'hôpital Ricord, le 19 décembre 1900, dans le service de M. le Dr Humbert, pour une adénite inguinale dont il souffre depuis un mois.

Le malade a encore son père qui est en bonne santé. Sa mère est morte d'une affection abdominale. Il est fils unique.

Il n'a jamais été malade jusqu'à ces dernières années, où il commença à souffrir de l'estomac. Il ne fait d'ailleurs aucune difficulté à avouer ses excès alcooliques. Il est particulièrement vigoureux et bien musclé.

Le malade a eu une première blennorrhagie il y a 10 ans, étant au régiment ; il prit à ce moment de l'opiat, guérit rapidement. Il y a 5 ans, seconde blennorrhagie traitée à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, guérie en un mois.

Il y a trois mois, troisième blennorrhagie. Le malade se soigne avec les injections que lui prescrit un pharmacien, mais, comme il est inquiet par suite de l'apparition dans l'aîne, 5 jours après le début de sa blennorrhagie, d'une tumeur qui ne fait qu'augmenter, il vient consulter à l'hôpital Ricord.

On lui recommande le repos et l'application de compresses humides.

Comme l'adénopathie n'a pas rétrocedé tout au contraire, malgré le traitement rigoureusement suivi, le malade est admis la semaine suivante à l'hôpital.

La tumeur est du volume d'un œuf de pigeon, molle, violacée, douloureuse, prête à s'abcéder. On continue l'application des compresses chaudes humides.

Le surlendemain de son entrée, incision au bistouri, évacuation d'une quantité considérable de pus crémeux.

L'examen de ce pus pratiqué aussitôt est nul.

Douze jours après, la tumeur s'est reformée, elle a acquis le même volume que la première fois. Seconde ponction au bistouri, nouvelle évacuation considérable de pus.

Troisième ponction, quinze jours plus tard.

Devant l'inutilité des ponctions, on se résout à l'opération qui a lieu le 12 février. Deux ganglions hypertrophiés sont extirpés facilement. Attouchement au chlorure de zinc. Drainage. On enlève le drain le quatrième jour. Peu de suppuration.

Le malade sort guéri de l'hôpital un mois après.

L'examen histologique a montré la présence de quelques cellules géantes.

Les inoculations des deux ganglions dans le tissu cellulaire de deux cobayes ont été positives sous le rapport de la tuberculose.

Le malade n'avait jamais présenté de lésions appréciables à l'auscultation des poumons, mais il avait maigri d'une façon notable.

OBSERVATION XXII

Le nommé R..., âgé de 27 ans, tourneur, entre dans le service de M. le Dr Humbert, le 10 janvier, pour une adénopathie inguinale gauche.

Rien d'intéressant à signaler au point de vue des antécédents héréditaires. Son père et sa mère sont bien portants. Un frère et une sœur également bien portants.

Le malade a eu une enfance assez délicate. Il s'enrhumait fréquemment. Néanmoins, depuis l'âge de 15 ans, il jouit d'une bonne santé et n'a jamais interrompu son travail pour cause de maladie.

Il a contracté une blennorrhagie il y a trois mois ; c'est sa première maladie vénérienne. En même temps que l'écoulement apparaissait une grosseur dans l'aîne gauche.

Le malade s'adressa à son médecin qui institua un traitement normal pour la blennorrhagie sans s'occuper de l'adénite qui augmenta assez rapidement de volume. Plusieurs jours après cepen-

dant, comme le malade souffrait considérablement de cette tumeur qui empêchait complètement la marche, il prescrivit des applications de pommade mercurielle. L'effet fut nul. Des applications de teinture d'iode n'eurent pas plus de succès. Comme le malade pouvait difficilement être soigné chez lui, il demanda à entrer à l'hôpital Ricord où il fut admis.

Il se présente avec une tumeur dans l'aîne gauche du volume d'un œuf de pigeon. La consistance est dure ; de fait, il n'y a jamais eu de suppuration. Elle est constituée par deux ganglions hypertrophiés assez nettement distincts.

Le malade est assez vigoureux. Il ne tousse pas ; a un peu maigri depuis deux mois ; il se plaint d'avoir perdu l'appétit, pas de transpirations nocturnes ; le poumon droit respire assez mal, sans qu'il y ait de lésion appréciable. Rien au cœur.

Repos pendant 15 jours. Application de teinture d'iode. Il n'y a pas d'amélioration. Comme la tumeur est douloureuse et que le volume est toujours considérable devant l'inutilité du traitement, on propose au malade l'extirpation des ganglions qui est aussitôt acceptée.

Opération le 2 février. On tombe facilement sur les deux ganglions qui sont enlevés ainsi qu'un troisième sous-jacent qui ne pouvait être perçu à la palpation, mais qui est également hypertrophié.

Attouchement au chlorure de zinc. Drainage suturé. Le neuvième jour, ablation des fils. Il reste le trajet du drain qui suppure très peu.

Les coupes des deux gros ganglions sont remplies de cellules géantes avec follicules typiques.

L'inoculation de parcelles de ces deux mêmes ganglions a été positive. Deux cobayes sacrifiés le 23 mars présentaient, l'un, de la tuberculose du foie, l'autre, du foie et de la rate.

CONCLUSIONS

1° On peut observer des adénopathies inguinales d'origine nettement vénérienne, dont la gravité, caractérisée surtout par une tendance désespérante à la chronicité, peut laisser supposer qu'une influence étrangère s'est ajoutée à celle qui leur a donné naissance.

2° Cette influence est quelquefois la tuberculose.

3° Ces tuberculoses n'étant pas des tuberculoses génitales dites primitives, on est obligé d'admettre la préexistence de la tuberculose chez les individus porteurs de ces lésions.

4° Cette tuberculose jusque-là latente s'est développée à l'occasion de la lésion vénérienne, comme elle aurait pu le faire sous l'influence d'un traumatisme.

5° Le traitement le meilleur de ces adénopathies est l'extirpation à condition qu'elle soit complète... Elle est généralement assez aisée et donne d'excellents résultats,

à condition, comme toujours, qu'il n'y ait pas de généralisation tuberculeuse viscérale.

VU ET APPROUVÉ :
Le Président de Thèse,
C. FOURNIER.

VU :
Le Doyen,
P. BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BROUARDEL. — De la tuberculose des organes génitaux de la femme, 1865. *Thèse*, Paris.
- TALAMON. — *Annales de gynécologie*, 1878.
- VERNEUIL. — Hypothèses sur l'organisation de certaines tuberculoses génitales dans les deux sexes. (Lettre à M. le P^r FOURNIER. *Gazette hebdomadaire*, 1883.)
- TRÉLAT. — De l'opportunité de l'intervention chez les tuberculeux. *Société de chir.*, 1883.
- VERCHÈRE. — Les portes d'entrée de la tuberculose. *Thèse*, Paris, 1883.
- LANDOUZY et MARTIN. — Sur quelques faits expérimentaux relatifs à l'histoire de l'hérédité tuberculeuse, dans les études expérimentales et cliniques sur la tuberculose de Verneuil, 1885.
- SAULMANN. — Association du gonocoque et du bacille tuberculeux dans la tuberculose génitale. *Gynakologisch gesellschaft*. Bruxelles, 1892.
- CARLIER et THIROLOIX. — Tuberculose génitale primitive à marche descendante. *Bulletin de la Société anat.*, 1892.
- SCHUCHARDT. — Die Uebertragung der Tuberculose auf dem wegedes geschlechtchen verkehrus. *Langenbeck's Arch. f. chir.*, 1892.
- FERNET. — De l'infection tuberculeuse par voie génitale, in *Bull. et Mém. Société méd. des hôp.*, 1885.
- RECLUS. — *Thèse*, Paris, 1876.
- CLAWS. — Ueber Tub. des Penis. *Thèse*, Fribourg, 1889.
- FERNANDEZ. — *Thèse*, Paris, 1898.

- CORNIL. — *Journal des connaissances médicales*, juin et juillet 1888.
- STRAUS. — La tuberculose et son bacille, 1894.
- VERNEUIL. — Influence des diathèses tuberculeuse, goutteuse et autres sur la syphilis. *Congrès de Londres*, 1881.
- Mémoires de chirurgie, t. V.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie*.
- BOUILLET. — La tuberculose, 1899.
- JOUSSET.
- VILLEMIN. — De la propagation de la tuberculose. *Gazette hebdomadaire*, 1869.
- JAPPEINER. — *Virchow's Archives*, 1888.
- GAERTNER. — Ueber die Erblichkeit der Tuberculose, 1893.
- COURMONT et DENIS. — *Revue de la tuberculose*, 1897.
- ARLOING. — Essai sur la différenciation expérimentale de la scrofule et de la tuberculose. *Revue de médecine*, 1887.
- SARDE et VIRES. — *Revue de la tuberculose*, 1894.
- SONDE et THIERCELIN. — *Gazette des hôpitaux*, 1893.
- LANDOUZY. — *Congrès de la tuberculose*, 1898.
- LANCEREAUX. — Influence prédisposante de l'alcoolisme sur la tuberculose. *Bulletin de l'Académie de médecine*, mars 1895.
- KELSCH. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, février 1893.
- VERNEUIL. — Du réveil de certaines affections latentes. Étiologie et pathogénie. *Académie des sciences*, 1892.
- CHAUFFARD. — *France médicale*, 1881.
- CHAFFY. — *Thèse de doctorat*, Lyon, 1881.
- PONCET et MALÉCOT. — *Congrès de la tuberculose*, 1893.
- BARBET. — *Thèse de doctorat*, Lyon, 1893.
- SCALISTSCHIEFF. — *Beiträge zur pathologie ant.*, 1894.
- PÉRON. — *Bulletin de la Société anatomique*, octobre 1893.
- JACCOUD. — L'avenir des pleurétiques. *Journal des praticiens*, mars 1896.
- LIBERT. — *Klinik der Brustkrankheiten*, 1874.



CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.